

Technická univerzita v Liberci

**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A
PEDAGOGICKÁ**

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Penitenciární péče

**POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER**

Bakalářská práce: 11-FP-KSS-4004

Autor:

Lukáš FETR

Podpis:

.....

Vedoucí práce: Mgr. Zdeněk Kovařík

Konzultant:

Počet:

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
115	21	0	13	31	6 + CD

V Liberci dne: 27. dubna 2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lukáš FETR**
Osobní číslo: **P09000061**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Penitenciární péče**
Název tématu: **Posttraumatická stresová porucha**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Popsat teoretickou oblast posttraumatické stresové poruchy a zjistit povědomí policistů v bývalém okrese Liberec o této poruše a pomoci jako jejím potencionálním obětem.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazování-dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- BAŠTECKÁ, Bohumila, et al. Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-0708-X.
- BAŠTECKÁ, Bohumila, GOLDMANN, Petr. Základy klinické psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
- ČÍRTKOVÁ, Ludmila. Policejní psychologie. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006. 309 s. ISBN 80-86898-73-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, KÁNSKÝ, Miloš. Jak zvládat stres. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
- MATOUŠEK, Oldřich. Potřebujete psychoterapii?. 2. rozšířené a upravené vyd. Praha: Portál, 1999. 131 s. ISBN 80-7178-314-5.
- NAKONEČNÝ, Milan. Motivace lidského chování. 1. vyd. Praha: Academia, 1997. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- PRAŠKO, Ján, et al. Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu. 1. vyd. Praha: Portal, 2003. 178 s. ISBN 80-7178-811-2.
- VYMĚTAL, Jan. Základy lékařské psychologie. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. 184 s. ISBN 80-901601-3-1.
- VYMĚTAL, Jan, et al. Obecná psychoterapie. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Grada, 2004. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.
- ZACHAROVÁ, Eva, et al. Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zdeněk Kovařík

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 1. dubna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2012



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

vedoucí katedry

dne 27.04.2011

Čestné prohlášení

Název práce: Posttraumatická stresová porucha
Jméno a příjmení autora: Lukáš Fetr
Osobní číslo: P09000061

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 27. 04. 2012

Lukáš Fetr

Poděkování:

Děkuji panu Mgr. Zdeňku Kovaříkovi za kvalitní a odborné vedení při zpracování předmětné bakalářské práce, zejména za jeho trpělivost, rady a věcné připomínky, které dovedly tuto práci až do její konečné podoby. Další poděkování je směřováno k npor. Mgr. Vladimíru Stránskému, zástupci vedoucího oddělení dopravního inspektorátu Liberec, který mi při studiu a zpracování této práce dodával zdravý optimismus a jehož zprostředkováním mohl být proveden průzkum, který je v této práci prezentován.

Název bakalářské práce: Posttraumatická stresová porucha

Název bakalářské práce: Posttraumatic Stress Disorder

Jméno a příjmení autora: Lukáš Fetr

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2011/2012

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zdeněk Kovařík

Anotace:

Bakalářská práce se zabývala problematikou posttraumatické stresové poruchy se zaměřením na prostředí Policie České republiky a vycházela ze současného stavu bádání v dané oblasti a osobních zkušeností autora, přičemž byl zvolen kritický přístup. Jejím cílem bylo zjistit skutečný stav informovanosti policistů územního odboru v Liberci. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která za pomoci zpracování a prezentace odborné literatury a interních materiálů Policie České republiky popisovala a objasňovala základní pojmosloví z oblasti stresu a posttraumatické stresové poruchy, s akcentem na prostředí policejní praxe. Praktická část zjišťovala pomocí dotazníku distribuovaného mezi 100 policisty míru jejich informovanosti v oblasti posttraumatické stresové poruchy. Výsledky ukazovaly, že informovanost policistů na územním odboru Liberec je v problematice nízká, a to zejména v oblasti samotné poruchy a konkrétních druhů pomoci, které poskytuje rezort ministerstva vnitra. Zjištění vyústila v konkrétní navrhovaná opatření ve strategii informovanosti, jak v oblasti teoretických znalostí, tak i v oblasti poskytovaných služeb. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat zjištění, že i přesto, že policejní práce je po psychické stránce stále náročnější, policisté jsou vystavováni značnému množství traumatizujících událostí, je jejich informovanost v problematice posttraumatické stresové poruchy stále nízká. Text byl zpracován na základě myšlenky, že posttraumatická stresová porucha je jedním z největších rizik policejní práce.

Klíčová slova: stres, krize, trauma, posttraumatická stresová porucha, krizová intervence, policista, policejní stres, psychologická péče

Title of Bachelor Thesis: Posttraumatic Stress Disorder

Name and surname of author: Lukáš Fetr

Academic year of submission of Bachelor Thesis: 2011/2012

Head of the Thesis: Mgr. Zdeněk Kovařík

Summary:

The thesis dealt with posttraumatic stress malfunction issue with a focus on Police of the Czech Republic environment and was based on a current research situation in this area but also on the author's personal experience. A critical attitude was chosen for the work. The aim of this thesis was to find out how aware of this situation are policemen from territorial division of Liberec. The thesis was composed of the two crucial parts. The theoretical part described the basic terminology of stress and posttraumatic stress malfunction area with emphasis on police practice with assistance of literature and internal materials of Police of the Czech Republic. The practical part investigated a degree of awareness of one hundred policemen about posttraumatic stress malfunction. The investigation was done in form of a survey. The results revealed that awareness of policemen on the territorial department of Liberec is low, particularly in the area of essential knowledge of malfunction and particular forms of help provided by Interior Department's resorts. The results led into a few suggested arrangements in an awareness strategy, in a theoretical knowledge area as well as in provided services area. According to the solved issue the biggest contribution of this work is a result that even though the police work is in a mental aspect constantly more and more difficult and the policemen go through extensive traumatic situations their awareness in posttraumatic stress is still low. The text was based on an idea that the posttraumatic stress malfunction is one of the biggest risks of the police work.

Keywords: stress, crisis, trauma, posttraumatic stress disorder, crisis intervention, police officers, police stress, psychological care

Obsah

Seznam zkratek.....	10
1 ÚVOD.....	11
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	13
2.1 Stres.....	13
2.1.1 Definice stresu	14
2.1.2 Charakteristika stresové situace.....	16
2.1.3 Znaký stresových situací.....	17
2.1.4 Reakce na stres (adaptační syndrom).....	22
2.2 Krize.....	25
2.2.1 Příčiny krize.....	26
2.2.2 Typologie krizí.....	27
2.3 Trauma	30
2.3.1 Psychické trauma.....	30
2.3.1.1 Vznik psychického traumatu.....	31
2.3.1.2 Formy psychické traumatizace.....	31
2.3.1.3 Symptomy psychického traumatu.....	33
2.3.1.4 Reakce na trauma.....	34
2.4 Posttraumatické poruchy.....	35
2.4.1 Příčiny vzniku poruch.....	36
2.4.1.1 Akutní reakce na stres.....	38
2.5. Posttraumatická stresová porucha.....	40
2.5.1 Historie.....	40
2.5.2 Vymezení pojmu posttraumatická stresová porucha	41
2.5.3 Diagnóza posttraumatické stresové poruchy	44
2.5.3.1. Diagnostická kritéria PTSP podle DSM-IV.....	44
2.5.4 Příznaky a projevy posttraumatické stresové poruchy.....	47
2.5.5 Průběh a prognóza poruchy.....	54
2.5.6 Léčba Posttraumatické stresové poruchy.....	54
2.5.6.1 Farmakoterapie.....	54
2.5.6.2 Psychoterapie.....	55
2.6 Krizová intervence.....	56

2.6.1	Formy krizové intervence.....	56
2.6.2	Psychologická péče u Policie ČR.....	58
2.6.2.1	Otevřená telefonní linka pomoci v krizi	58
2.6.2.2	Tým posttraumatické intervenční péče Policie ČR.....	59
2.6.2.3	Služby policejních psychologů.....	59
2.7	Zhodnocení teoretické části.....	60
3	PRAKTICKÁ ČÁST.....	62
3.1	Cíl praktické části.....	62
3.2	Předpoklady průzkumu.....	63
3.3	Použité průzkumné metody.....	63
3.4	Popis zkoumaného souboru.....	64
3.5	Výsledky průzkumu a jejich prezentace.....	70
3.5.1	Předvýzkum.....	70
3.5.2	Průzkum.....	71
3.5.3	Výsledky průzkumu.....	72
3.5.3.1	Zásadní poznatky a informovanost.....	74
3.5.3.2	Psychologická péče policie ČR.....	82
3.5.3.3	Traumatické události.....	86
3.5.3.4	Osobní zkušenosti policistů.....	90
3.5.3.5	Osobní postoje policistů.....	94
3.6	Ověření předpokladů průzkumu.....	98
3.7	Zhodnocení praktické části.....	104
4	ZÁVĚR.....	108
5	NÁVRH OPATŘENÍ.....	109
6	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	112
7	SEZNAM PŘÍLOH.....	115

Seznam zkratek

ACTH:	adrenocorticotropic hormone/adrenokortikotropní hormon (hormon předního laloku hypofýzy, který řídí činnost kůry nadledvin)
CISM:	Critical Incident Stress Management (vzdělávací program pro interventy psychologické péče)
DI:	Dopravní inspektorát
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, vydávaný American Psychic Association
MKN:	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
OHS:	Oddělení hlídkové služby
OOP:	Obvodní oddělení policie
PA:	Policejní akademie
PČR:	Policie České republiky
PIP:	Posttraumatická intervenční péče (u Policie ČR - týmy PIP)
PTSD:	Posttraumatic Stress Disorder/Posttraumatická stresová porucha
PTSP:	Posttraumatická stresová porucha
SKPaV:	Služba kriminální policie a vyšetřování
WHO:	World Health Organisation/Světová zdravotnická organizace
URNA:	Útvar rychlého nasazení
ZOP:	Základní odborná příprava (základní výcvik policistů)

1 ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou posttraumatické stresové poruchy. Její pojetí však není zaměřeno do všeobecné sféry, ale konkrétně do prostředí policejní praxe. Původem zrodu myšlenky k jejímu zpracování byla osobní zkušenost autora, která zahrnovala dva faktory. První je vázán k jeho sedmiletému přímému výkonu služby u Policie České republiky a prožitku desítek událostí, jež by se bez ostychu daly označit jako vysoce traumatizující. Za druhý faktor je považován „neuspokojivý“ stav systému psychologické péče policie, se kterým i přes uvedené zkušenosti, autor ani mnozí jeho kolegové do osobního styku nikdy nepřišli. Nikdy také nebyli ze strany Policie České republiky informováni, že prožívání těchto situací na nich může, bez určitého druhu pomoci, zanechat výrazně negativní následky.

V roce 2005, tedy v době vlastního nástupu autora ke sboru, se Baštecká (2005, s. 252) zmiňovala o tom, že začíná docházet k jakémusi boření mýtu *o správném policistovi, který nesmí projevit slabost a pohnutí ani v situacích, které jinak každým morálním člověkem otřesou*. Do dnešního dne však není příliš zřejmé, že by jeho pevné zdi byť jen popraskaly, natož aby byly zbořeny.

Jedna z myšlenek této práce si tak pohrává i s názorem, že ono „boření“ by mělo začít z odvrácené strany, tedy z té, na které stojí zástupci psychologické péče. Stále nelze očekávat, že se policisté s psychickými obtížemi z ničeho nic přestanou obávat pomoci, když i v dnešní době jsou v ohrožení stigmatizace nebo dokonce nějakého druhu sankcionizování. U mnohých z nich tak dochází k devastaci jejich psychických sfér a absolutním převratům v osobních i profesních hodnotách.

Spolu se syndromem vyhoření jsme pokládali a stále pokládáme posttraumatickou stresovou poruchu za jednu z největších hrozeb, která může psychickou stránku policisty při jeho aktivní službě postihnout. Proto jsme alespoň předpokládali, že zaměstnavatel, tedy policie, bude mít zájem na tom, aby o této hrozbě jeho zaměstnanci, policisté, věděli. Vysvětlovat a konkretizovat rizika práce by mělo být základním krokem k tomu, aby byla naplňována určitá minima bezpečnosti práce. Pokud policisté nebudou dostatečně informováni o rizicích své práce, nemusejí pocítovat ani potřebu znát možné druhy pomoci. K poznání by však podle nás nemělo docházet až v případě osobní zkušenosti či potřeby.

V teoretické části práce jsme se proto zaměřili na popis problematiky posttraumatické poruchy, kdy jsme nejdříve popsali pojmy jako stres, krize, nebo trauma, což jsou činitelé, kteří danou problematiku determinují. Většinu teorie jsme se snažili stylizovat k příkladům policejní praxe. Popisem jednotlivých symptomů jsme se pak pokoušeli navodit poněkud osobnější atmosféru, která by o problematiku vzbudila větší zájem. Když jsme dospěli až na konec katastrofického scénáře, kterým prožívání posttraumatické stresové poruchy bez pochyby je, pokusili jsme se naznačit i některé druhy pomoci, které rezort ministerstva vnitra poskytuje. To jsme činili za pomoci obecné teorie krizové intervence a některých jejích pojmů.

V praktické části jsme provedli průzkum pomocí kvantitativní metody dotazování, kdy jsme se za pomoci techniky dotazníku snažili zmapovat povědomí a informovanost policistů v dané problematice. Zejména nám šlo o to zjistit, zda policisté disponují zásadními poznatky o posttraumatické stresové poruše, zda s ní mají nějakou zkušenost, a zda se orientují v možných druzích pomoci, které ministerstvo vnitra zaštiťuje. Určitě nás také zajímalo, jestli mají o informace z dané problematiky policisté zájem.

Nebylo by totiž vhodné navrhnout určitá opatření pro zlepšení jejich informovanosti, pokud by se prokázalo, že o to sami vůbec nestojí. Je také třeba říci, že rozsahem textu jsme určitě nechtěli naznačit, že všechna popsaná fakta by policisté měli znát. Nýbrž nám šlo o to, aby bylo téma do co největší materiální míry naplněno. Mnoho otázek zůstalo textem otevřeno. Určitě je však lze kvalifikovaně doplnit za pomoci odborné literatury, která je v textu citována.

2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce se budeme zabývat hlavně vymezením základních pojmů, jako jsou stres, krize nebo trauma. Na tyto pak navážeme konkrétními poruchami, které díky těmto determinantům mohou vznikat. V závěru se pak pokusíme kartu poněkud obrátit s tím, že původně katastrofický výhled lze k lepšímu ovlivnit kvalitní a hlavně včasnou pomocí. O jejich druzích se zmíníme také.

2.1 Stres

O stresu bychom mohli obecně mluvit jako o určitém tlaku nebo nárocích na vlastní osobu, kterým jsme vystaveni každý den a jež také mnohdy bereme jako běžnou součást našeho života. V dnešní době plné spěchu, Hartlovi (2004, s. 568) trefně podotýkají, že tento fenomén může být hovorově označován také jako choroba století.

V našem textu se však nebudeme zabývat stresem každodenního života, nýbrž takovým, který je charakteristický svou náhlostí a vysokou intenzitou, jež může ohrožovat vlastní integritu jedince. Budeme se tedy zabývat událostmi života, respektive policejní praxí, které označujeme jako traumatické. Vizinová a Preiss (1999, s. 15) však správně podotýkají, že pokud se budeme snažit mluvit o traumatu, a v našem případě o traumatu psychickém, je třeba nejdříve vymezit pojem stres. Zároveň si jsou vědomi, že vymezení tohoto pojmu je i pro erudované autory mnohdy velmi složité a tak podotýkají, že „jeho obsah není v současné době chápán jednotně.“

Baštecká dokonce (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 239) říká, že stres je slovo, které ztratilo přesný význam. Dnes tento výraz užívá téměř denně každý z nás, a to bez toho, aby se nad jeho významem jakkoliv zamyslel. V odborné literatuře není jeho terminologie naprosto jednotná a v určitých částech se liší stejně jako lidé samotní.

2.1.1 Definice stresu

Původní definice stresu, která je dílem maďarského endokrinologa Hanse Hugo Bruno Selye, právem považovaného za „otce“ tohoto pojmu, by mohla znít takto: „Stres je stav: projevuje se specifickým syndromem, který sestává ze všech nespecificky navozených změn uvnitř biologického systému“ (Hans Selye, 1978, in Baštecká, Goldmann, 2001, s. 240). Jelikož z tohoto výroku nemusíme být příliš moudří, využijeme nabízených indicií, které se pokusíme dále poněkud rozpracovat, abychom se v definici a tím i v celé problematice zorientovali. Než toto učiníme, dovolíme si k osobě autora definice uvést alespoň několik málo dějepisných faktů.

Hans Selye se narodil 26. ledna 1907 v Rakousko-Uherské Vídni. Studoval na Německé univerzitě v Praze, kde se v roce 1929 stal doktorem medicíny a chemie. Jeho studia jej dále vedla Paříží, kde získal doktorát z filozofie, a posléze i Římem. V roce 1931 opustil evropský kontinent a odjel jako výzkumný pracovník do Spojených států amerických, kde se jeho působištěm stala Johns Hopkins University. V roce 1932 své působiště definitivně změnil a doživotně se přesunul na McGill University do Montrealu, kde dále rozvíjel své průkopnické studie i jako pozdější prezident Mezinárodního institutu stresu (International Institute of Stress). Stal se autorem 33 odborných knih a v Montrealu také 16. prosince 1982 zemřel (Hans Selye 2011).

Pokud ještě nepatrně zůstaneme v uvěznění dějin, je na místě upřesnit, že za zrod první Selyeho definice se považuje rok 1950, což potvrzují např. Hartl a Hartlová (2004, s. 568) nebo Švingalová (2006, s. 8). Vizinová a Preiss (1999, s. 15) však podle prvního rozsáhlého Selyeho díla usuzují, že tomu bylo již v roce 1949.

Nic to však nemění na tom, že v odborné literatuře tak do dnešní doby bylo publikováno nespočet definic, které vycházejí převážně z té původní. I proto ani tato práce nezůstane u jedné zmínky a nabídne další její modifikace, jež jsou počátkem předeslaného rozpracování. Stres tedy může být popisován jako:

- „Charakteristická fyziologická odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, která se projevuje prostřednictvím *adaptačního syndromu*; ten přímo ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává nadměrnou a trvalou aktivaci

nervového sympatického systému nebo systému *adrenokortikálního*, posléze poškození systému imunitního“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 568).

- „Suma všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou“ (Schettler a kol., 1993, in Vágnerová, 2008, s. 50).
- „Nespecifická reakce organismu na jakýkoliv nárok (zátěž), spočívající v mobilizování obranných mechanismů a energetických vrstev“ (Charvát, 1963, in Vizinová, Preiss, 1999, s. 15).

H. Coper a M. H. Appley dále definují stres jako „stav organismu, kdy jeho integrita je ohrožena a on musí zapojit všechny svoje schopnosti na svoji ochranu“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 569).

Nejkomplexněji se jeví definice prezentována Nakonečným (H. Selye, 1965, in Nakonečný 1995 s. 32), který uvedl, že „stres vzniká tehdy, působí-li na člověka nadměrně silný podnět dlouhou dobu nebo ocitne-li se v nesnesitelné situaci, jíž se nemůže vyhnout, a setrvá-li v ní. Situace psychické zátěže má za následek nadměrné vzrušení, na něž organismus odpovídá nejprve poplachovou reakcí, která po určité fázi rezistence přechází v pokus o adaptaci a nepodaří-li se, ve vyčerpání.“

V Nakonečného definici jsme se vrátili k začátku kapitoly, kde jsme zmínili, že stres se projevuje jakýmsi specifickým syndromem. Adaptační syndrom, jak jej nazval již v roce 1936 právě Hans Selye, je popsanou reakcí organismu na stres, jež se projevuje v několika fázích, které letmo definice Nakonečného naznačuje. Touto reakcí se posléze budeme zabývat v kapitole 2.1.4.

Pojem stres nebo stresová situace ve většině z nás vyvolává dojem, že musí jít o něco škodlivého, co může náš organismus velmi ohrozit nebo jej poškodit. Tento dojem je víceméně správný, ne však úplný. Škodlivé vlivy stresu, nebezpečné pro náš organismus nás budou provázet téměř celým dalším textem, je však nezbytné abychom zmínili, že stres může být dvojího druhu (Švingalová, 2006, s. 12):

- **Eustres:** je příjemnou či radostnou zátěží, tedy stresem působícím na pozitivní emoční hladině. V silnější míře však i tento stres může působit škodlivě.
- **Distres:** je oním negativem, které nás bude provázet téměř celý textem.

I Vágnerová (2008 s. 50) uvádí, že stres nemusí být vždy jen škodlivý a mít pro nás negativní význam. „Přiměřená míra resp. určitá varianta stresu, může člověka také aktivizovat, stimulovat jej k hledání účelného řešení situace a tím rozvíjet jeho kompetence.“ Snažili jsme se tímto upozornit na určitou formu stresu, která může být pro některé jedince takřka nepostradatelná. Příkladem jsou dobrodruzi, vyznávající sílu extrémních sportů a přetěžování nadměrnými výkony. V takovémto překonávání sama sebe pak člověk cítí sílí růst vlastních možností a posílení vlastní sebedůvěry. Někdy můžeme mluvit i o určitém druhu závislosti, který navozuje příjemný pocit daný vyplavením endorfinů, hormonů štěstí. Z policejní praxe zde můžeme zmínit členy zásahových jednotek, pro něž tento druh stresu může představovat cvičná střelba, výškové práce či nadměrné fyzické výkony.

2.1.2 Charakteristika stresové situace

Stres může být vyvolán nespočetným množstvím událostí. V některých případech se může jednat o události, které svým působením ovlivní vícero lidí najednou, což je typické pro situace zemětřesení, povodní, jaderných katastrof nebo třeba války. Jiné události pak mohou být více záležitostmi jedince, k jehož osobě je daná situace více specifická, a to i vzhledem k jeho samotné reakci na stresor. Těchto událostí pak můžeme jmenovat znovu nespočet (Atkinson, 2003, s. 487).

My se však budeme pokoušet většinu situací eliminovat a naši snahu tak zaměřit na projekci dané problematiky, do situací policejní praxe. Jak uvádí Čírtková (2006, s. 129, 130), problematika stresu v současné době v policejní psychologii dominuje. Jako důvod uvádí, že „stres je jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti, nebo předčasného odchodu z aktivní služby“. Pokud se zabýváme charakteristikou stresové situace v policejní praxi, není třeba hledat jmenovité případy. Je však podle zmíněné autorky třeba konkretizovat, že jde o „takové situace, které většina policistů vnímá jako zátěž spojenou s emocionálním a často fyzickým vypětím.“

2.1.3 Znaký stresových situací

Situace, které jsou námi vnímány jako stresové, mohou nést jeden či i více charakteristických znaků, které je determinují. V našem případě půjde o kategorie podle Atkinsonové (2003, s. 488–493), nazvané jako *traumatické události, mimo oblast běžné lidské zkušenosti, události neovlivnitelné, události nepředvídatelné, události představující výzvu pro hranice našeho sebepojetí nebo vnitřní konflikty*. Vágnerová (2008, s. 50) tuto teorii volně převzala a shrnula ji do těchto čtyř pocitů:

- **neovlivnitelnosti situace,**
- **nepředvídatelnosti vzniku stresové situace,**
- **nezvládnutelnosti situace**
- **nepříjemného tlaku okolností vyžadujících příliš mnoho změn.**

Pro autentičnost se budeme držet původního textu Atkinsonové (2003, s. 488–493), jež se pokusíme pro účely této práce modifikovat:

Traumatické události mimo oblast lidské zkušenosti

„Nejzřejmějším zdrojem stresu jsou traumatické události neboli mimořádně nebezpečné situace, které se vymykají běžné lidské zkušenosti“. Takovouto událostí může být jakákoli přírodní katastrofa, která zasáhne běžný život a změni jej. I přes obrovskou sílu přírodních živlů je však největší hrozbou člověk sám sobě. Největší tragické události, které kdy svět poznal, byly vždy války. Válka narušila a zničila život nespočetně více lidem, než jakákoliv dosud známá přírodní nebo jaderná katastrofa. Nejvážnějšími traumatickými událostmi policejní praxe jsou například katastrofické dopravní nebo letecké nehody, více pak fyzické útoky, ohrožující vlastní zdraví nebo život.

Jak bude patrné i z průzkumu této práce, nejčtenějšími traumatickými událostmi policejní praxe, které i sami policisté označují jako nejtěživější, je na prvním místě ohrožení vlastního života a na druhém přítomnost při vyšetřování úmrtí dítěte.

I proto, že po prožití takovéto traumatické události, může policista, stejně jako každý jiný jedinec, prožívat specifický sled psychických reakcí, tuto teorii dále rozvádíme. Uvedené reakce na traumatickou událost mohou následovat jako tři po sobě jdoucí stupně (Horowitz, 1986, in Atkinson, 2003, s. 488):

- **Ohromení a omráčení** následuje ihned po traumatickém zážitku, kdy si lidé nedokáží uvědomit, co se vlastně událo. „Zdá se, že si neuvědomují zranění nebo nebezpečí, mohou zmateně bloudit a vystavovat se tak riziku dalšího zranění.“
- **Pasivita** je neschopnost člověka dělat samostatně určité úkony, které pro něj byly před událostí běžné. Příkladem může být žena, několik dní po znásilnění, nemusí být schopná si ze své vůle zajistit jídlo. Na určitý podnět blízké osoby však reagovat bude a sama dojde na nákup.
- **Úzkost a obavy** jsou stádiem, kdy se člověk po traumatické události stále obtížně soustředí na běžné dění okolo sebe. V mysli má stále její průběh, kterého se nemůže zbavit a při rozhovoru o této události dokáže dlouze a v detailech vyprávět a z mnoha pohledů ji rozebírat.

Neovlivnitelnost

„Člověk vnímá s větší pravděpodobností určitou situaci jako stresovou, když je přesvědčen, že nelze zabránit tomu, aby vznikla“ (Vágnerová, 2008, s. 50). Hladina stresovosti může jít v přímé úměře s tím, jak moc dotčený cítí, že danou událost nemůže ovládat, řídit, mít ji pod kontrolou nebo jí dokonce zabránit. V policejní praxi jsou tímto charakteristické události, kdy dojde ke zranění, nebo dokonce k usmrcení zasahujícího kolegy. Je pro ni charakteristická otázka: *Co jsem mohl udělat více, aby se to nestalo?* Úzce s touto charakteristikou souvisí i faktor předvídatelnosti, který hladinu stresu ještě násobí.

Nepředvídatelnost

Dalším znakem stresové události tak může být její nepředvídatelnost, respektive její předvídatelnost. Jestliže lze nějakou událost předvídat, tak se na ni lze i připravit. Připraveností získává člověk více času na shromáždění svých sil a adaptaci obranných reakcí, které následný tlak stresu zmírní a člověk se s ním může

snáze vyrovnat. Druhou stranou je pak náhlý a nečekaný nápor stresu, který přinesla nepředvídatelná událost, vůči ní se musí člověk bránit až v okamžiku jejího vzniku, kdy se jeho síly a obranné reakce musejí formovat v mnohem kratším čase.

Pokud odcitujeme slova Atkinsonové (2003, s. 491), že „některé profese jsou plně nepředvídatelných situací a jsou považovány za velmi stresující, např. profese hasičů nebo lékařů a sester na jednotce intenzivní péče“, můžeme pro úplnost jen dodat, že na roveň jim v tomto textu stavíme i profesi policistů.

Výzva pro hranice našich schopností

Ovlivnění některých situací nebývá až tak náročné a stejně tak i jejich předvídání. I tak tyto situace mohu být v určitých případech značně stresující. Většinou jde o určitou životní změnu nebo úkol, se kterým nemáme doposud osobní zkušenost a snažíme se na jeho úspěšné absolvování co nejlépe připravit. Tyto situace nás mohou hnát až na okraj našich možností, kde zjišťujeme, jak silní vlastně jsme a jakou vůli a sebepojetí dokážeme pro úspěch vyvinout. Čím slabší je naše vůle, sebepojetí a schopnosti, tím více stresující událost pro nás může být.

U kategorie *traumatických událostí mimo oblast lidské zkušenosti* jsme jako příklad uvedli dvě situace policejní praxe, které respondenti v průzkumu považovali pro ně za dosud nejtěživější. Tento fakt zmiňujeme z důvodu, že jako třetí nejčtenější odpovědí, charakteristickou právě pro tuto kategorii, byla událost, kdy musel policista sdělit zprávu o úmrtí. I Čírtková (2006, s. 262) mimo jiné uvádí, že „vyrozumění o úmrtí představuje jeden z nejtěživějších úkolů“. K dané problematice ještě uvádí, že „zátěžový charakter této situace nelze z přirozených důvodů odstranit, ale je však možné zvýšit připravenost policistů na jejich přiměřené zvládnutí.“ Na závěr lze tedy říci, že se lze domnívat, že přibývajícimi zkušenostmi by se měla hladina stresovosti těchto událostí snižovat.

Bez dalšího úmyslu tuto teorii stresu rozvíjet, bychom ještě chtěli zmínit pojetí Thomase Holmese a Richarda Rahe (1967, in Atkinson, 2003, s. 491), jež byly zastánci tvrzení, že každá životní změna, která vyžaduje mnohá přizpůsobení, může být vnímána jako stresová. I když je vysoce pravděpodobné, že každý z nás reaguje na určitý stresor odlišně, oni se snažili o jakési „změření“ vlivu životních změn vůči zdraví člověka a v této snaze vyvinuli tzv. škálu životních událostí. Tuto zobrazujeme

v tabulce 2.1. Chtěli jsme tak jen naznačit, že existují životní situace, které, ať už jsou pojmány jako pozitivní nebo jako negativní, mohou mít určitou stresogenní hladinu. Stejně tak jsme pojali i část průzkumu, kde jsme se chtěli dozvědět, které prožité situace mohou být v praxi pro policisty nejtěžší.

V kontinuální návaznosti se v další kapitole budeme zabývat reakcemi organismu, jež jsou následkem prožití popsaných situací. Jednoduše půjde o popsání reakcí na stres a tedy již deklarovaného, obecného Selyeho adaptačního syndromu.

Tabulka 2.1 - Škála životních událostí

Životní událost	Hodnota
smrt partnera	100
rozvod	73
rozchod manželů	65
uvěznění, výkon trestu, odnětí svobody	63
smrt blízkého příbuzného	63
vlastní zranění nebo nemoc	53
sňatek	50
výpověď z práce	47
smíření manželů	45
odchod do penze	45
onemocnění rodinného příslušníka	44
těhotenství	40
sexuální potíže	39
přírůstek nového člena do rodiny	39
změna zaměstnání	39
změna finanční situace	38
smrt blízkého přítele	37
změna pracovního zaměření	36
zabavení zastaveného majetku	30
změna zodpovědnosti v zaměstnání	29
odchod syna nebo dcery z domu	29
problémy s příbuznými ze strany partnera	29
vynikající osobní úspěch	28
manželka začala nebo přestala pracovat	26
zahájení nebo ukončení studia	26
změna životních podmínek	25
změna osobních zvyků	24
problémy s nadřízeným	23
změna bydliště	20
změna školy	20
změna rekreace	19
změna náboženských aktivit	19
změna společenských aktivit	18
změna spánkových aktivit	16
změna stravovacích návyků	15
dovolená	13
Vánoce	12
drobné porušení zákona	11

(Atkinson, 2003 s. 491)

2.1.4 Reakce na stres (adaptační syndrom)

Rahe (1995, in Vágnerová, 2008, s. 51) se shoduje se Selyeho pojetím a tvrdí, že „reakce na stres je procesem, který probíhá ve třech fázích, zachycujících postupně zvládání této situace“. Na rozdíl od původních reakcí obecného adaptačního syndromu je však kategorizoval jako fáze:

- **aktivace obranných reakcí a uvědomění zátěže,**
- **hledání účelných strategií a**
- **fázi rozvoje stresem podmíněných poruch.**

Selye, jehož pojetí představovalo generalizovanou reakcí na zátěž, popisuje předemtné tři fáze jako *poplachovou*, fázi *rezistence* a fázi *vyčerpání*. V našem případě se budeme držet právě jeho verze, kterou jsme pojali volně podle Vizínové a Preisse (1999, s. 15) a následně, za užití poznatků citovaného Rahe (1995, in Vágnerová 2008 s. 51, 52), v interpretaci Vágnerové, detailněji rozpracovali:

Fáze poplachová (alarmová)

Poplach nebo alarm si můžeme většinou spojit s nečekaným a nepovolaným narušením, nebo nabouráním do určité integrity a celistvosti. Alarm je výzvou k další aktivitě, která by měla narušení nebo dalšímu poškození zabránit. Tato fáze tak představuje „náhlé narušení vnitřního prostředí organismu, které je doprovázeno silnou excitací neboli vybuzením, stimulací, především sympatické soustavy a zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvinek“ (Selye, 1966; Schreiber, 1992, in Vizínová, Preiss, 1999). Jde o reakci na zátěž, která aktivuje *fyziologické* a *psychické* obranné reakce.

➤ **Fyziologická reakce**, je pro popsání poměrně složitý proces. Velmi dobře, srozumitelně a výstižně jej podle Rahe popsala Vágnerová (2008, s. 51). Pro přesnost její úpravu do následujících tří bodů doslovně odcitujeme:

- První reakce je zahájena reflexně, to znamená, že funguje automaticky, bez ohledu na názor a rozhodnutí člověka. Nervovou soustavou je podrážděn

symptikus a humorální odezvou je vyplavení katecholaminů (adrenalinu a noradrenalinu). Katecholaminy jsou neurotransmitery, které zvyšují krevní tlak, zrychlují srdeční funkci, regulují oběh ve prospěch vitálně nejdůležitějších orgánů. Podílejí se na aktivaci energetických systémů.

- Následně se aktivuje hypotalamo-hypofyzoadrenální osa a vyplavují se hormony hypofýzy (zejména adrenokortikotropní hormon, ACTH) a nadledvin (glukokortikoidy a mineralokortikoidy). Organismus aktivuje energetické zdroje a získává energii z cukru a bílkovin.
- Nakonec se aktivují depotní tuky jako energetický zdroj. Vznikají změny vnitřního prostředí navozené katabolismem. Celý tento proces má za cíl aktivizovat energii, která by mohla být použita při zvládnání zátěže.

➤ **Psychická reakce** na stres začíná tím, že ji jedinec svými smysly jako stresující začne vnímat. Jde o interpretaci, která začíná, když situace u jedince vyvolává silně negativní pocity a je jím jako stresová prožívána. Jak vysoký bude pocit stresu pak záleží na momentálním stavu jedince. Záleží na jeho zkušenostech, schopnostech a na další podpoře, kterou v situaci má. Pokud je jeho momentální stav vůči situaci stabilní, je z jeho pohledu snadno zvládnutelná, nemusí vůbec k navození stresu dojít. Existují tři po sobě následující reakce, které psychický chod ovlivňují (Vágnerové, 2008, s. 51, 52):

- **Změna emočního prožívání:** Každému je namíchán jiný „koktejl“ emocí, které při stresu bude vnímat. Jedna situace může vyvolat u více jedinců naprosto odlišné emoce. Pocit úzkosti, tenze, obavy z nebezpečí, hněv, vztek nebo agresivitu. Emoce se budou různit i vzhledem k faktorům neovlivnitelnosti, nepředvídatelnosti a nezvládnutelnosti, kdy může docházet i k naprosté odevzdanosti a rezignaci na jakékoliv řešení.
- **Změna kognitivních funkcí:** Působením stresu může docházet ke změnám v uvažování. Vzhledem k síle tlaku situace může docházet ke změnám chování, které se stává zkratkovitějším, může se dostavit určitá dávka pesimismu a celkové zhoršení koncentrace pozornosti jedince.
- **Aktivizace psychické obranné reakce:** Při zátěži, kdy je psychika intenzivně a v krátkém časovém úseku namáhána, jde o snahu dostat ji znovu

zpět do rovnováhy. Stejně tak, jako když na loď působí silný vítr z jedné strany, tak je potřeba stáhnout plachty, nebo udělat jiný manévr, aby se loď vyrovnala a nedošlo k jejímu převrnutí. „Kromě nevědomých obranných reakcí mohou k dosažení rovnováhy přispět i vědomé strategie zvládání“.

Fáze rezistence

Rezistence, neboli schopnost vzdorovat a odolávat, je fází, kdy dochází k maximálnímu vypětí a snaze organismu si na stres zvyknout a vydržet jeho tlak. Podle Vágnerové (2008, s. 52) je důležité, do jaké míry si člověk uchová pocit kontroly nad situací, zda si myslí, že ji může nějak ovlivnit. Pokud je boj úspěšný, veškeré změny, které stres zapříčinil, ať fyziologické nebo psychické, se vracejí k normálu. Je-li však zátěž dlouhodobě nezládnutelná a v organismu nezbývají žádné síly na její překonání, tak přichází fáze, která je důsledkem marného boje a výsledkem vzniku poruchy.

Fáze vyčerpání (exhausce)

Tuto fázi lze v uvozovkách přirovnat ke konci boxerského zápasu, kdy jeden z aktérů je již nátlakem a silou úderů soupeře tak vyčerpán, že už neudrží ruce v základním krytu. V tu chvíli už jen čeká na poslední ránu, která může mít fatální následky. I v tomto případě jde o selhání obranných reakcí. V případě stresu jedinec podléhá jeho nadměrné intenzitě. „Už nejde jen o akutní potíže, ale o závažnější a trvalejší problémy. Typickým příkladem mohou být psychosomatické poruchy, to znamená zdravotní potíže, které byly vyvolány psychickým tlakem“ (Vágnerová, 2003, s. 52).

Všechny tři vyjmenované fáze reakce na stres jsou důležité pro další možné ohrožení. Pokud se organismus dokáže se stresem řádně vyrovnat a svou funkčnost si uchovat, tak můžeme mluvit o kladné zkušenosti, která bude dobrým základem pro řešení a vyrovnání s další hrozbou. Pokud však jedinec dojde až do třetí fáze a jeho obranné mechanismy selžou, tak bude jeho zkušenost negativní a při další hrozbě může být obrana ještě více oslabena. Vágnerová (2008, s. 52) však dobře podotýká, že mnohé stresující situace mohou být zcela zbytečné a lze se jim vyhnout.

2.2 Krize

Psychická krize se podle Vágnerové (2008, s. 53) „objevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problémů“. Hlavním znakem krize je selhání adaptačních mechanismů, které začaly postrádat svou dosavadní funkčnost, a tak je třeba hledat jiné. Krize je projevem aktuálně nezvládnutelného problému a lze ji považovat za podnět k nutné změně.

V dnešní době, která je typická pro vysokou psychickou zátěž každého jednotlivce v mnoha okruzích jeho činnosti, se mnoho pojmů, které ovlivňují lidskou psychiku, snadno zaměňuje. Podobné dilema jsme řešili již při definování stresu. V kontextu krize se o tomto zmiňuje autorka Špatenková (2004a, s. 17,18), na niž bychom chtěli navázat, a pojem konflikt, stres, deprese a trauma volně dle jejích slov od krize odlišit.

- **Konflikt** je střet něčeho s něčím. Velmi vyhocený konflikt může mít explozivní důsledek vyvolávající až dramatické projevy. Takto vyhocené situace pak opravdu můžeme nazývat krizemi.
- **Depresi** jako „chorobný smutek“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 105), stav s jasně diagnosticky stanovenými kritérii, lze s krizí srovnávat jen v rámci některých obdobných symptomů, jako smutek, pocit zmaru, ztrátu motivace nebo pocitu bezcennosti. Na rozdíl od deprese, krize není nemocí, ale pouze „normální reakcí na nenormální situaci.“
- **Stres** je zátěž, do které se člověk dostává vlivem vyšší míry stresogenní situace, která přesahuje okamžité schopnosti a možnosti jedince tuto situaci zvládnout. Tato nadlimitní zátěž vede k vnitřnímu napětí a kritickému narušení rovnováhy organismu. Baštecká (2001, s. 275) uvádí, že krize je právě reakcí na situaci, kterou jedinec nemůže snadno řešit v prostředí obvyklých strategií, které jsou pro něj běžné právě při zvládání zátěže. Lze tedy obecně říci, že krize je následkem nezvládnutí stresu.
- **Trauma** je reakcí na situaci, vzniklou v důsledku události, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost a vyvolala by pronikavý pocit tísně téměř v každém. Rozdíl je tedy v tom, že trauma je definováno podnětem, kdežto krize je vymezena jedincem (Baštecká, 2001, s. 275, 276). Krizí je tudíž

taková situace, kterou jedinec sám za krizi považuje (Špatenková, 2004a, s. 21).

Abychom propojili a logicky svedli text do následující kapitoly, bylo třeba zejména oddělit pojmy krize a trauma. Ještě jednou tedy zmiňme, že trauma je definováno působícím podnětem, avšak v závislosti na působení tohoto podnětu se v psychice člověka mohou objevit určité změny, které způsobí zkreslení jeho pohledu na sebe samotného i na svět kolem sebe, a tím v něm vyvolá pocity a příznaky krize, a jako takovou ji sám vnímá.

Symptomy, které krizi předcházejí, se v mnohém shodují s determinanty prožitého psychického traumatu a projevy posttraumatických poruch. Špatenková (2004a, s. 18) uvádí následující symptomy, při jejichž přítomnosti můžeme o vzniku krize uvažovat:

- **Intenzivní kritická událost, vybočující z každodenní reality.**
- **Prožívání situace jako ztráty, ohrožení nebo šance (výzvy).**
- **Přítomnost negativních emocí a zážitků.**
- **Pocit nejistoty z budoucnosti.**
- **Pocit ztráty kontroly.**
- **Náhle narušení obvyklých vzorců chování jedince, jeho způsobu života, denního rytmu, návyků apod..**
- **Stav emočního napětí trvající nějakou dobu (nejčastěji 2-6 týdnů, někdy dokonce měsíců).**
- **Nutnost změny a přizpůsobení se nové situaci.**

2.2.1 Příčiny krize

Vymětal (1995, in Vodáčková, 2002, s. 32) připomíná princip dvojí kvantifikace. „Aby mohla vzniknout určitá reakce organismu, musí dojít k propojení vyladěnosti organismu s vnějším spouštěčem.“

Vnější spouštěče krizí (René Thom, 1992, in Matoušek, aj., 2003, s. 121):

- **Ztráta objektu** – Za takovou ztrátu, která je vnímána jako ohrožení, je považována ztráta čehokoliv, k čemu je jedinec vázán a s čím se identifikuje.
- **Volba** – Většina autorů ji popisuje jako volbu osla mezi dvěma kupkami sena, které jsou vzdáleny stejně daleko a kvalita každé volby je tedy stejná. Jiní volí příklad *Sofiny volby*.
- **Změna** – Jakékoliv vybočení z roviny standardu je vnímáno jako možná příčina krize. „Kvalitativní i kvantitativní skoky v nás podporují pocit nepohodlí nebo nejistoty“ (Matoušek, 2003, s. 121).

Vnitřní spouštěče krizí (Vodáčková, 2002, s. 32):

- **Nutnost adaptace subjektu na vlastní vývoj** – Jako precipitor uvádí neschopnost vyhovět požadavkům vývoje, nárokům, zodpovědnosti
- **Náhradní opatření** – Abychom se v životě mohli plynule pohybovat i za nepříznivých podmínek, je potřeba někdy přijmout i náhradní „krátkozraké“ opatření. Jeho přejetí však bývá jen dočasné a jeho přijetí se do budoucna může projevit jako nepřijatelné.

Zde se vracíme zpátky k problematice stresu a k tabulce 2.1, kde je znázorněna klasifikace životních událostí podle Holmesa a Rahe. Nejen že jsou uvedené situace zdrojem stresu, jak jsme již uvedli, ale mohou se stát i spouštěčem krize. Matoušek (2003, s. 121) dokonce uvádí, že uvedení autoři „dlouhodobým výzkumem potvrdili, že překročí-li součet bodů v jednom roce 250, je velmi pravděpodobné, že to bude mít negativní následky v oblasti psychické, somatické nebo ve schopnosti přímé sociální adaptace.

2.2.2 Typologie krizí

V odborné literatuře existuje mnoho dělení krizí, které odrážejí různé úhly pohledu. Toto poznamenává i Matoušek (2003, s. 124), který zmiňuje tyto příklady:

- **Podle způsobu manifestace** - zjevné a latentní
- **Podle průběhu** – akutní a chronické

Hodně známé je pojetí krizí podle Baldwina, jež prezentuje jak Matoušek (2003, s. 124,125), tak Špatenková (2004a, 28–31). Baldwin rozděluje krize na šest skupin, jež jsou chronologicky seřazeny podle závažnosti a přechodu od vnějšího zdroje stresu k vnitřnímu:

1. **Situační krize**
2. **Tranzitorní krize**
3. **Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresujícího stresu**
4. **Krize zrání**
5. **Krize pramenící z psychické poruchy**
6. **Psychiatrické neodkladnosti**

Jelikož k tématu této práce třeba přiřadit pojetí krize specifické, detailně se jednotlivými typologiemi již zabývat nebudeme. Uvedeme tedy již jen vymezení podle Špatenkové (2004a, s. 23–28), které lze z našeho pohledu považovat za základní:

- **Vývojové** neboli celkové (krize z očekávaných změn, normativní krize)
- **Situační**, epizodické (traumatické krize)
- **Kumulované** (chronické)

Pro naše téma je nejdůležitější vymezení **krize situační**. Stačí pak jen podotknout, že příčinou jsou zejména traumatické situace popisované v následující kapitole.

S posttraumatickou stresovou poruchou, která je ústředním tématem práce, bychom pak spíše mohli spojovat **krizi kumulovanou**. Pro tu je mimo jiné specifické, že se daná situační krize zastavila ve *fázi emoční reakce* (viz. tabulka 2.2), kdy se „daný jedinec pokouší přizpůsobit nové skutečnosti pomocí mechanismu popírání, potlačování a racionalizace. Všechny emoce jsou velmi intenzivní. Pokud je sociální opora nedostatečná, může se jedinec ocitnout v izolaci a hrozí oprávněné nebezpečí, že se tento stav stane trvalým a krize přejde do chronické podoby“ (Špatenková, 2004a, s. 26).

Kumulovaná krize se projevuje v mnoha příznacích posttraumatické stresové poruchy. Těmito příznaky jsou zejména „nedostatek energie postavit se současné situaci a pojmát ji jako výzvu“, strach ze sociálních kontaktů, somatické obtíže, pocity bezradnosti, bezmocnosti a závislosti (Badura-Madej, 1999, in Špatenková, 2004a, s. 27).

Tabulka 2.2 Situační krize: etapy krizové reakce

SITUAČNÍ KRIZE: etapy krizové reakce	
1) Šoková fáze	mechanismus popírání
2) Fáze emoční reakce	konfrontace s realitou
3) Fáze zpracování krize	osvobození a zájem o budoucnost
4) Fáze nové orientace	získání sebevědomí, obohacení životní zkušenosti

(Badura -Madej, 1999, in Špatenková, 2004a, s. 26, 27)

2.3 Trauma

Vymezení tohoto pojmu je posledním krokem, který nám brání v tom, abychom se mohli plnohodnotně věnovat posttraumatickým poruchám. K definici Schiraldi (2009, s.4) stroze uvádí, že trauma je rána (*A Trauma is a wound*). Při porovnání s Vágnerovou (2008, s. 52), která se zaměřením přímo na psychické trauma, uvádí, že jde o náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam a vede k určitému poškození nebo ztrátě, můžeme s tímto krátkým a úderným vyjádřením jen souhlasit. Nicméně u tohoto výroku určitě nezůstaneme a téma určitě budeme rozvádět dál.

Na začátku je však dobré říci, že trauma nemusí být jen záležitostí psychické stránky člověka. Například traumatologie jako „lékařský chirurgický obor, zabývající se komplexní léčbou poranění“ (Velký lékařský slovník, 2011), se psychickým stavem pacienta víceméně nezabývá, nebo lépe řečeno není to jejím primárním úkolem. Primární je pro ni léčba náhlých a rozsáhlých poranění samotného lidského těla. I zde však můžeme konstatovat, že trauma je rána, i když v tomto případě narušující lidskou schránku. Z tohoto pohledu je trauma ve Velkém lékařském slovníku (2011) popsáno jako náhlá zevní událost, která svým působením na organismus vyvolá jeho poškození. Jako příklady traumatu jsou uváděny rány, zlomeniny, popáleniny apod. V závěru je však podotknuto, že pojmu trauma se používá i v psychologii, kde mluvíme o traumatu duševním či psychickém.

2.3.1 Psychické trauma

Psychické trauma je psychickým poškozením, duševním úrazem, který má za následek funkční poruchy, někdy i organické změny (Hart, Hartlová, 2004, s. 626) a chápeme jej jako následek náhle vzniklé situace, výrazně negativního významu pro jedince (Vágnerová, 2008, s. 52).

Tyto situace následně vyvolávají „intenzivní prožitek, jehož kvalita se nachází výrazným způsobem mimo rámec typického lidského prožívání a jehož intenzita překračuje psychické kapacity pro zpracování, které jsou člověku průměrně k dispozici“ (Wöller, Krause, in Tress, aj., 2008 s. 300).

2.3.1.1 Vznik psychického traumatu

Příčinou vzniku psychického traumatu je působení jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace, jež mají podle Vizinové a Preisse (1999, s. 17) následující znaky:

- **příčina je pro jedince vnější;**
- **je pro něj extrémně děsivá;**
- **znamená bezprostřední ohrožení života, nebo tělesné integrity;**
- **vytváří v jedinci pocit bezmocnosti.**

Podněty, které způsobují trauma, mohou působit ve dvou směrech. Pokud by zasahovaly samotného jedince, můžeme mluvit o *neštěstí*, nebo *traumatizující události*. Pokud však zasahují určitou skupinu, nebo větší celky obyvatelstva, tak mluvíme o *hromadných neštěstích* nebo *katastrofách* (Baštecká, 2001, s. 252).

„Traumatická reakce vzniká v okamžiku, kdy je člověku tváří v tvář extrémní hrůze znemožněna smysluplná akce a on se ocitá ve stavu totální bezmoci. Je vlastně reakcí na bezmocnost.“ Bez jakékoliv možnosti útěku, nebo protiútoky, veškeré dosud známé obranné reakce, užívané v nebezpečí, selhávají a jsou dezorientované. V takovémto stavu pak mohou přetrvávat i dlouho po odeznění skutečného ohrožení. „Traumatické události tak vyvolávají hluboké a trvalé změny v oblasti *fyziologické*, *emoční* i *kognitivní*“ (Vizinová, Preiss, 1999, s. 17).

2.3.1.2 Formy psychické traumatizace

Traumatizující hrůza může být vykonávána přímo na jedinci, nebo může být jedinec mimo přímý nápor a je přihlížejícím divákem. Pokud je jen divákem, záleží na tom, jak intenzivně je událost děsivá, a jak se jej samotný děj osobně dotýká. Pro porovnání uvádíme dva příklady rozdělení forem psychické traumatizace. V tabulce 2.3 jsou uvedené formy traumatizace, jak je vidí Wöller a Krause (in Tress, aj., 2008 s. 299), kteří je rozdělují do dvou skupin, rozdělující působení násilí na člověka.

Tabulka 2.3 *Formy psychické traumatizace*

Formy psychické traumatizace	
<i>neosobní násilí</i>	<i>osobní násilí</i>
<ul style="list-style-type: none"> • přírodní katastrofy 	<ul style="list-style-type: none"> • při politickém pronásledování
<ul style="list-style-type: none"> • těžké úrazy 	<ul style="list-style-type: none"> • věznění v koncentračních táborech
	<ul style="list-style-type: none"> • mučení
	<ul style="list-style-type: none"> • držení jako rukojmí
	<ul style="list-style-type: none"> • v osobní spádové oblasti
	<ul style="list-style-type: none"> • znásilnění
	<ul style="list-style-type: none"> • manželské násilí
	<ul style="list-style-type: none"> • zneužívání dětí

(Wöller, Krause, in Tress, aj., 2008 s. 299)

T. L. Arcer (1994, in Vizinová, Preiss 1999, s. 19) pojal rozdělení obecných forem traumatizace z pohledu míry osobní a duševní účasti člověka k traumatické události. Jsou jimi tři rámce, v jejichž smyslu může být člověk při traumatické události zasažen:

- **Primární Traumatizace:** člověk je přímým cílem agrese (např. zabití, zranění, mučení, znásilnění, vyhoštění, nucené pasivní přihlížení vraždě)
- **Sekundární traumatizace:** Podnětem je blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (např. rodina zabitého, mučeného, pohřešovaného apod.)
- **Terciální traumatizace:** člověk není v přímém vztahu k oběti traumatizace, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovanými, jako svědek, člen perzekuované skupiny, humanitní pracovník nebo terapeut.

2.3.1.3 Symptomy psychického traumatu

Jako následek jakékoliv traumatické zkušenosti se mohou objevit konkrétní příznaky, které lze rozčlenit do tří hlavních kategorií, jež dále popisujeme podle Vizinové a Preisse (1999, s. 20,21):

- **nadměrné vzrušení (hyperarousal)**
- **intruzivní příznaky (intrusions)**
- **příznaky stažení, sevření (constriction).**

Nadměrné vzrušení

„Je následkem stálého očekávání nebezpečí. Trvalým vzrušením se organismus udržuje ve stavu, který je schopný bojovat nebo uniknout z ohrožující situace“. Snadno dochází k lekavým reakcím, podrážděnosti i na minimální podněty a poruchám spánku. Mohou se objevit i symptomy generalizované úzkosti či specifických strachů. „Zvýšená nervová aktivizace způsobuje neschopnost normálně se adaptovat změnou vztahu k opakovaným podnětům, to znamená, že jedinec reaguje na každý další podnět stejného typu jako na zcela novou výzvu (Herman, 1997, in Vizinová, Preiss, 1999, s. 21).

Intruzivní příznaky

Jde o „vtíravé a neodbytné pocity opakovaného prožívání traumatické události. Ve dne pronikají do vědomí opakované vzpomínky, ve kterých se minulost stává přítomností a člověk se znovu a znovu propadá ke svým děsivým zážitkům. Vzpomínka může být vyvolána i zdánlivě nevýznamným podnětem, ale její živost a emocionální náboj je stejný jako v původní situaci“. Mluvíme o tzv. znovuprožívání, jehož význam bude popsán v emočních příznacích posttraumatické stresové poruchy. Dovolíme si vypůjčit název knihy amerického psychologa Jeremy P. Crosbyho a označíme jev duší zmrzlou v čase (*A Mind Frozen in Time*).

Příznaky stažení, sevření

Vznikají jako důsledek situace, „kdy byl člověk vystaven totální bezmoci, nemohl ani utéct, ani klást aktivní odpor, a ocitl se náhle ve stravu strnulosti,

zkamenělosti, paralyzace. Ze své bezmocnosti mohl uniknout pouze vnitřně – změnou stavu vědomí.“ Tento stav je také někdy označován jako *traumatický trans*. V situaci bezprostředního ohrožení může v traumatickém transu docházet i ke stavu úplného klidu, kdy zmizí pocity strachu a bolesti. Člověk v takovém stavu vnímá, jako by se vše odehrávalo mimo jeho tělo. Vjem může být deformovaný i s částečnou amnézií. Čas je zkrácený. Nutno je podotknout, že traumatický trans nastává bez základu vlastního vědomého rozhodnutí.

2.3.1.4 Reakce na trauma

Reakcemi na trauma se budeme výrazněji zabývat v další kapitole, která se bude pojednávat již o možných poruchách, které vlivem dané reakce a nedostatečného zpracování rány vznikají. Na tomto místě si však nemůžeme dovolit nezmínit alespoň pohled Baštecké (2001, s. 276), která uvádí, že „psychické složky traumatické reakce působí, jako by vyvolávající podnět zapůsobil na lidské *já* silou, která prorazila ochrannou vrstvu obranných mechanismů“. Tímto vlivem se člověk může cítit jako malý, nedůležitý, zbytečný a v největší míře asi jako vydaný všemu na pospas. Podle citované autorky se složky traumatické reakce mohou řadit do těchto čtyř velkých skupin:

- **vracející se představa události**
- **nadměrná ostražitost**
- **stažení se a zmrtvění**
- **vyhýbání se**

Závěrem je třeba doplnit, že „traumatizace může být jednorázová i opakovaná, v každém případě se může celková změna životní situace takto postiženého jedince stát zdrojem stresu“, jehož důsledkem může být i vznik posttraumatických poruch, o kterých pojednáváme dále (Vágnerová, 2008, s. 52).

2.4 Posttraumatické poruchy

Téměř denně nám média představují lidské osudy zasahované neštěstím, násilím a katastrofami. U mnoha z nich si sami musíme říci, jak je to hrozné, že se někomu stalo něco tak děsivého a zlého. Podvědomě jsme však rádi, že to nepotkalo právě nás. Mnohdy si neumíme ani představit, jak bychom takovou situaci sami zvládli. Na základě domněnek a okamžité osobní reakce, kterou v nás zpráva vyvolala, jen odhadujeme pocity postižených. Pokud se nás zpráva nějak výrazněji osobně nedotkla, za pár dní si v záplavě nových neštěstí, už možná ani nevzpomeneme. Pro obyčejného člověka je však taková situace médii jen zprostředkovaná, ale pro záchranáře, policisty, hasiče i lékaře jsou tyto situace denní realitou, která na nich může zanechat stejné následky, jako na primární oběti. Právě při osobních účastech v takovýchto situacích dochází k vysokému ohrožení vzniku posttraumatických poruch.

O těchto poruchách mluvíme tehdy, když v člověku po traumatizující události přetrvávají určité vzpomínky ve vědomí a jsou nenadále znovuprožívány s autentickými pocity intenzivního strachu, bezmoci a hrůzy. Tyto reakce mohou nastávat po jednorázovém traumatickém zážitku, ale stejně tak i jako následek déletrvající stresové situace. Pochopitelným důsledkem těchto poruch je faktická snaha člověka, která směřuje k vyhýbání se jakýmkoliv podnětům, které by mohly být s traumatickou zkušeností spojeny, mohli ji připomínat a znovu tedy vyvolávat negativní pocity (Vágnerová, 2008, s 425). V tomto kontextu může jít i o hasiče, který se následkem poruchy rozhodne neběžet do hořícího domu za křikem dítěte nebo policistu, který nevystřelí po nebezpečném pachateli, který bezprostředně ohrožuje oběť na životě.

To, že na traumatizující událost může reagovat každý člověk osobitě, v závislosti na rysech jeho osobnosti, momentální duševní kondici, kompetencích, zkušenostech a mnoha dalších faktorech, není třeba příliš zdůrazňovat. Vzpomeňme však na tabulku (2.1) krizových situací Holmese a Rahe, na kterou jsme navazovali v kapitole s příčinami krize (2.2.1), kde jsme také uvedli, že pokud se v určitém časovém období takovýchto situací vyskytne v lidském životě více, riziko selhání již tak nalomených obranných reakcí je daleko větší. V uvedené kapitole jsme však

neuvedli, že právě souhrn těchto faktorů, které v dané situaci určují míru zranitelnosti při ohrožení, je v odborné literatuře označována jako vulnerabilita.

Vulnerabilita je popisována jako „zranitelnost nebo zvýšená citlivost, která je brána jako předpoklad nebo náchylnost k určitému onemocnění.“ Pojem vysvětlujeme spíše všeobecně, ale to jen proto, že z tohoto základu pak můžeme odvozovat její různé druhy. Jako příklad uveďme vulnerabilitu psychickou nebo vulnerabilitu genetickou (Hartl, Hartlová. 2004, s. 677,678).

2.4.1 Příčiny vzniku poruch

Wöller a Krause (in Tress, aj., 2008, s. 299) poznamenávají, že je záležitostí až několika posledních několik desetiletí, kdy vzešlo poznání, jak velký význam mají psychické traumatizace na vzniku mnoha klinických obrazů poruch. Níže však uvedeme dvě, které jsou pro tuto práci stěžejní. Pod pojmem posttraumatické poruchy pak rozumíme tyto:

- **Akutní reakce na stres**
- **Posttraumatická stresová porucha**

Příčiny vzniku posttraumatických poruch bychom mohli odvozovat již z předchozího textu, ale je třeba znovu zdůraznit, že jejich příčina je zejména v prožitku traumatické situace, která je „charakteristická náhlostí, nečekaností a extrémní intenzitou ohrožení“. Za příčiny považujeme tedy vnější vlivy, na které vzhledem k jejich extrémní děsivosti, překračující běžná očekávání, nelze reagovat většinou vytvořených obranných mechanismů (Vágnerová, 2008, s. 426, 427).

Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) jsou hlavními příčinami těchto poruch „výjimečně zatěžující životní události, vyvolávající akutní reakci na stres nebo významné životní změny, vedoucí k trvale nepříznivým okolnostem, které vedou k poruše adjustace“, tedy jakémusi přizpůsobení novým, specifickým podmínkám (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011; Hartl, Hartlová, 2004, s. 17).

V ideálním případě by přizpůsobení mělo probíhat ve fázích reakce na traumatizující zážitek, jak je volně volně podle Vizinové a Preisse popisuje

Vágnerová (Vizinová a Preiss, 1999, in Vágnerová, 2008 s. 437). My k těmto uvádíme jen postoje, které jsou pro danou fázi typické:

- 1) **Fáze šoku a popření** (*Není možné, že by se něco takového vůbec mohlo stát*)
- 2) **Fáze přijetí reality traumatu** (*Něco tak hrozného se opravdu stalo*)
- 3) **Fáze postupného vyrovnávání** (*Právě mně se to stalo*)
- 3) **Fáze reflexe a zpracování traumatu** (*Musím se s tím vyrovnat*)
- 4) **Fáze zklidnění a vyrovnání** (*Jsem to pořád já, a i když se mi něco takové stalo, musím žít dál*)

To, jakým způsobem se jedinec s nápirem traumatu vyrovná a jestli je schopen jej dostatečně zpracovat s co nejmenšími následky, závisí na třech hlavních faktorech. Tyto faktory nejsou ničím jiným než sférami, kterými je jedinec určen sám (Vágnerová, 2008, s. 427, 428):

- **Biologické faktory** – popisují chemické a biologické pochody, které vlivem vnímání traumatického ohrožení v lidském organismu vznikají. Jsou popisovány jako nadměrná aktivace organismu, které mohou mít při menší odolnosti velký vliv na další emoční prožívání, poruchy paměti a učení a tím i na vznik posttraumatické stresové poruchy. Schopnost zvládání takovéto zátěže mnohdy závisí i na genetických předpokladech.
- **Psychické faktory** – jsou osobnostní vlastnosti, zkušenosti a úroveň zralosti. Ve zkratce lze tedy říci, že jde o míru psychické stability a nadhledu při zátěži, která při prožívání traumatické události přichází. „Posttraumatická porucha se objevuje tehdy, když jedinec není schopen udržet kontrolu nad situací a své zážitky spojené s traumatizující situací zvládnout, resp. je přesvědčen, že to nedokáže.“
- **Sociální faktory** – jsou reakce sociálního okolí, které při negativní odezvě mohou být jednou z dalších příčin vzniku posttraumatické poruchy. Nejdůležitějším pozitivním sociálním faktorem je tak sociální opora, jejíž význam podle Křivohlavého (1994, s. 176) modifikujeme jako oporu, která se vztahuje k síle, kterou člověku, který bojuje s následky traumatického zážitku, dává společenství lidí jemu blízkých. Nemyslíme tím však jen úzkou rodinu, ale všechny, kteří mají zájem daného jedince „podržet“.

I když jsme se zmínili o existenci dvou posttraumatických poruch, v této části textu se budeme věnovat pouze první z nich. Jako méně závažnější a bezprostřední varianta bude tedy popisována akutní reakce na stres. Druhé poruše, která je by měla být srdcem celé této práce, budeme věnovat následující samostatnou kapitolu.

2.4.1.1 Akutní reakce na stres

Wöller a Krause (in Tress, aj., 2008, s. 300) ji též nazývají akutní zátěžovou reakcí a může být nazývána i akutní krizovou reakcí. Je reakcí, která je bezprostřední a náhlá. Následuje jako okamžitá reakce ihned po traumatizující události.

Akutní reakci na traumatizující událost lze popisovat jako přechodné narušení psychických i somatických funkcí, přicházející několik minut po traumatizující události a pomalu odeznívající do několika hodin, maximálně však do tří dnů. Symptomy, které jsou při této reakci přítomné, jsou velmi variabilní, nicméně v prvotní reakci můžeme pozorovat značně podobné příznaky, jaké jsme již popsali v kapitolách o stresu a symptomech traumatu. Těmito příznaky jsou hlavně ohromení a omráčení a také stažení a sevření.

Wöller a Krause (in Tress, aj., 2008 s. 300) říkají, že „bezprostředně po takové události dochází k určitému druhu ohlušení, jež je doprovázeno zúžením vědomí, omezenou pozorností a dezorientovaností.“ Může docházet i k absolutní dezorientaci a neschopnosti si na traumatickou události jakkoliv vzpomenout. Stav částečné, nebo úplné amnézie může být provázen celou epizodou prožívání. Ostatní symptomy jsou pro přehlednost znázorněny v tabulce 2.4 (Vágnerová, 2008 s. 429; Vizinová, Preiss, 1999 s. 28).

Závažnost poruchy závisí na míře ohrožení, které je jedinec vystaven, na faktorech jeho osobní odolnosti, ale také na míře sociální opory, jejíž význam jsme popsali výše. U všech lidí se však následkem mimořádného stresu vyvinout porucha nemusí. Na druhé straně může být riziko daleko vyšší pokud událost člověka zastihne ve fyzickém nebo emocionálním vyčerpání. Roli také mohou hrát faktory organické, kterými může být například stáří (Vágnerová, 2008 s. 429; Vizinová, Preiss, 1999 s. 28).

Tabulka 2.4 Symptomika akutní zátěžové reakce

Symptomika akutní zátěžové reakce	
<i>Bezprostředně po traumatu</i>	<i>Pozdější symptomika</i>
<ul style="list-style-type: none"> • zúžení vědomí 	<ul style="list-style-type: none"> • deprese, zoufalství, stáhnutí se
<ul style="list-style-type: none"> • omezená pozornost 	<ul style="list-style-type: none"> • úzkost, zloba, přílišná aktivita
<ul style="list-style-type: none"> • psychogenní ztráta paměti 	<ul style="list-style-type: none"> • vegetativní znaky úzkosti (tachykardie, pocení, zčervenání)
	<ul style="list-style-type: none"> • Odeznění po několika hodinách až dnech

(Wöller a Krause ,In Tress, aj., 2008 s. 301)

Z pohledu psychodynamiky (Wöller a Krause, in Tress, aj., 2008, 301) je „akutní zátěžovou reakci možné chápat jako přechodným traumatem podmíněný otřes psychického integračního výkonu ega s ohledem na zkušenost naprosté bezmocnosti. Obnovení funkčnosti ega závisí na schopnostech potlačit adaptivním způsobem přinejmenším nejvíce zatěžující afekty traumatického prožívání“ (Wöller a Krause, in Tress, aj., 2008, 301).

Vhodnou pomocí je v první řadě poskytnutí uklidňujícího a ochraňujícího prostředí a zachováním racionálně zklidňujícího psychoterapeutického postoje (Švingalová, 2006, s. 36).

2.5. Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha spolu se syndromem vyhoření jsou dvě největší hrozby, které mohou policistovu psychiku v souvislosti s vykonáváním jeho profese zasáhnout a negativně tak ovlivnit jeho osobní i profesní život. I proto je tato porucha ústředním motivem této práce.

„Posttraumatická stresová porucha vzniká jako zpožděná nebo protrahovaná odezva na stresovou událost“ (Vizinová, Preiss, 1999, s. 28). Tímto jsme odděleni od akutní reakce, která byla po traumatické události bezprostřední a rychle odeznívající. Kdežto posttraumatickou stresovou poruchu se nebojíme nazvat chronickou.

2.5.1 Historie

Historie by určitě dokázala popsat mnohem starší příklady, podobající se pozdější diagnóze posttraumatické stresové poruchy, ale až tak do hloubky se v našem textu pátrat neodvážíme. Vizinová a Preiss (1999, s. 24) například uvádějí, že první informace o válečných traumatech pocházejí již z dob americké občanské války. Odborná literatura však uvádí jiný zásadnější milník v poznání této poruchy. Když si uvědomíme fakt, že je spojen se jménem jednoho z největších psychoanalytiků, Sigmunda Feuda, asi není třeba vhodnější záchytný bod hledat.

V historii se tedy přesouváme do období první světové války. V této době začínají být poprvé u Rakousko-uherských vojáků sledovány potíže, popisované také jako psychologické a neurologické poruchy. Jejich původ byl však dosud neznámý a vyvolával mnoho názorů na jejich původ. Freud u těchto vojáků pozoroval výrazné psychické a fyzické problémy, které si nedovedl s ničím dosud známým spojit a mátl je i to, že právě tito vojáci nejsou nijak vážně zraněni a přesto u nich příznaky přetrvávají.

Freud tehdy odmítal veškeré názory, které spojovaly symptomy poruchy s nějakými byť i malými poraněními. Nejčastěji mu byl podsouván názor, že může jít o drobné krvácení do centrální nervové soustavy, nebo reaktivaci dětské neurózy. On však po rozsáhlé studii uvedl, že příčinou této poruchy jsou reakce na bezprostřední ohrožení vlastního života vojáků ve válce. Poruchu tehdy popsal jako Válečnou neurózu (KPAUL Medical Supply, 2011).

První diagnóza Posttraumatické stresové poruchy, z anglického Post traumatic stress disorder (PTSD), byla oficiálně klasifikována americkými psychology, kteří se stejně jako Freud, zabývaly následky traumatizujících událostí vojáků za války. Předmětem jejich studie byly však až války v Korei a následně ve Vietnamu. Dle těchto informací lze tedy usuzovat, že diagnóza Posttraumatické stresové poruchy vznikla někdy v letech 1950–1953, kdy bojovali Američané v Korei, nebo v letech 1964–1975, kdy vedli válku ve Vietnamu.

Vizinová a Preiss (1999, s. 25) uvádějí, že pojem Posttraumatická stresová porucha se poprvé objevil v druhém vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – dále jen DSM*), jehož vydání se datuje rokem 1968.

Podle amerických autorů je však bodem formálního definování posttraumatické stresové poruchy rok 1980, kdy ji na základě zkušeností po Vietnamské válce American Psychiatric Association začlenila jako jednu z úzkostných poruch, a to až ve třetím vydání DSM (Schiraldi, 2009, s. 4).

2.5.2 Vymezení pojmu posttraumatická stresová porucha

Při vymezování pojmu posttraumatická stresová porucha můžeme ze širokého hlediska sáhnout nejméně do dvou hlavních pramenů. Prvním je odborná literatura českých i zahraničních autorů, kteří definují posttraumatickou stresovou poruchu na základě svých zkušeností, jiné odborné literatury a v mnoha případech i své odborné lékařské praxe. Jejich definice však nejsou nijak závazné a jejich pojetí je do jisté míry volné. Druhým pramenem pak mohou být veškeré statistické a diagnostické manuály lékařských asociací, které ve svých zněních uvádějí přesné znění definice posttraumatické stresové poruchy, které jsou mnohdy brány jako dogma její diagnózy. Z odborného hlediska bychom tedy měli při vymezení tohoto pojmu vyjít nejprve z těchto manuálů.

V České republice je v tomto případě pro diagnózu uznáván dokument Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, který vznikl výzkumem koordinovaným Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Do tvorby tohoto výzkumu se zapojilo mnoho odborníků, komisí na konferencích mezinárodní i národní úrovně. Do desáté revize (MKN-10) se svými komentáři zapojila právě

i Česká republika. V rozmanitém rozčlenění musíme jít po stopách definice až do páté kapitoly pod písmeno „F“, kde jsou začleněné poruchy duševní a poruchy chování. Při dalším rozdělení se dostaneme do číselného oddělení neurotických, stresových a somatoformních poruch, které jsou rozprostřeny v rozhraní F40-F48. Definice posttraumatické stresové poruchy se pak skrývá pod označením F43 u reakcí na těžký stres a poruchy přizpůsobení.

V prvním bodě výše uvedené kapitoly F43 je pak uvedeno, že posttraumatická stresová porucha „začíná jako opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je s to způsobit silné rozrušení téměř u každého. Predisponující faktory, jako rysy osobnosti (nutkavé, astenické) nebo neuróza v anamnéze, mohou snižovat práh vzniku tohoto syndromu nebo zhoršovat jeho průběh, ale pro vysvětlení jeho vzniku nejsou nutné ani dostačující. Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks“), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činnostem a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek. Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky. Začátek následuje po traumatu s latencí od několika týdnů do několika měsíců. Průběh je kolísavý, ale ve většině případů dochází k úpravě. V malém počtu pacientů může nastat chronický průběh po léta a trvalá změna osobnosti“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011).

Dalším takovým manuálem je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), který je vydáván Americkou psychiatrickou asociací a je více známý pod zkratkou DSM. V tomto čase je nejaktuálnějším vydáním DSM IV-TR, který byl vydán v roce 2000 jako revize a aktualizace DSM IV, vydaného v roce 1994. Ve stádiu připomínkování však již nový manuál, jehož vydání se odhaduje na květen roku 2013. V této době o něm na webových stránkách Americké psychiatrické asociace probíhá diskuse, kdy na jaře roku 2012 bude zahájeno poslední připomínkové řízení, které by mělo dát tomuto

manuálu konečný vzhled a na svět by tak měl přijít manuál DSM-V (American Psychiatric Association, 2012). Snad by bylo záhodno v tomto místě uvést i definici podle Americké psychiatrické asociace. Tomuto se však vyhneme, jelikož se manuálu DSM IV budeme věnovat i níže, kde uvedeme, podle jeho vzoru, diagnostická kritéria posttraumatické stresové poruchy.

Ve znění diagnostických manuálů nemusí být vymezení posttraumatické stresové poruchy běžnému člověku příliš srozumitelné, jelikož se v nich nachází mnoho odborných výrazů lékařské praxe, kterým nemusí každý dobře porozumět. V tomto případě je lepším zdrojem odborná literatura, kde se autoři většinou snaží o vysvětlení pojmu na obecnější rovině.

Posttraumatická stresová porucha je výsledkem působení nesmírně stresující události, nebo jejich sérií. Jako příklad Schiraldi (2009, s. 3) uvádí válku, znásilnění nebo zneužívání. Pro náš kontext můžeme uvést i ohrožení vlastního života a různé druhy bezmocnosti. Podle uvedeného autora jde při vzniku posttraumatické stresové poruchy o **normální reakce normálních lidí na abnormální situace**. („It is a normal reponse by normal people to an abnormal situation“). Pro onu abnormální, a tedy ve většině případů traumatickou událost, která může být příčinou vzniku posttraumatické stresové poruchy, je charakteristická jejich mimořádnost, závažnost a vlastnost ohrožení, která by vyvolala potíže téměř v každém. Lidé je vnímají jako velmi ohrožující, a to jak pro sebe, tak pro ostatní, a nemají schopnost a mnohdy ani možnost na ně odpovídajícím způsobem reagovat a jejich tlak zpracovat. O příznacích poruchy tvrdí, že jsou stavem zcela pochopitelným a předvídatelným.

Definici posttraumatické stresové poruchy jsme se pokusili pro jednoduchost poskládat z výroků několika autorů, kdy jsem se snažili zachytit vždy jejich nejsilnější myšlenku. Definice posttraumatické stresové poruchy by pak mohla znít takto:

Posttraumatická stresová porucha vzniká jako zpožděná nebo protrahovaná odezva na stresovou událost, je projevem nedostatečného zpracování závažné traumatické zkušenosti, jež se projevuje přetrváváním psychických a somatických potíží, dostavujících se často s latencí několika týdnů až měsíců po působení traumatu (Tress, aj., 2008 s. 301, Vizinová a Preiss, 1999, s.28, Vágnerové 2008, s. 431)

2.5.3 Diagnóza posttraumatické stresové poruchy

Diagnostika posttraumatické stresové poruchy ve velmi nelehká. Museli bychom popsat desítky i stovky případů, abychom všechna kritéria dokázali obsáhnout. Už v předchozí kapitole jsem se však zmínili o manuálu DSM IV, který tato kritéria přesně označuje a vymezuje. Je však také pravda, že tato kritéria mohou být v dnešní době, pokroku výzkumu a medicíny, mírně zastaralá, jelikož vydání tohoto dokumentu se datuje až k roku 1994. Novější formální informace k tomuto tématu však nemáme a vzhledem k tomu, že je shodně s námi uvádí i Vizinová a Preiss (1999, s. 28–30), nebo Schiraldi (2009, s. 6), bude jejich zařazení adekvátní.

Jednou z hlavních otázek je také, kdy lze posttraumatickou stresovou poruchu diagnostikovat, pakliže jsme uvedli, že může jít o prodlouženo, či oddálenou reakci. Podle MKN-10 se posttraumatická stresová porucha diagnostikuje do šesti měsíců po události. Dobou trvání se však nezabývá. DSM-IV uvádí i variantu o odloženém začátku, kdy se příznaky začnou projevovat nejméně šest měsíců po dopadu traumatizující události (Baštecká, 2005, s. 48).

Baštecká (2005 s. 48) také uvádí, že na základě malého množství informací, které výzkumy a lékařská praxe o začátku a průběhu poruchy poskytují, se „s využitím informací obou manuálů doporučuje nediodnostikovat PTSD do měsíce po události (neboť by se za nemoc označovaly a v traumatických souvislostech obvyklé jevy) a z podobných důvodů nepoužívat diagnózu PTSD pro trvání příznaků kratších než jeden měsíc.“

2.5.3.1. Diagnostická kritéria PTSP podle DSM-IV

A.

Vystavení stresu. Osoba musela být vystavena traumatické události, která zahrnuje obě dále uvedená kritéria:

1. Osoba zažila, viděla, nebo se dozvěděla o událostech, při nichž došlo k usmrcení jiné osoby, hrozila smrt jí samotné, došlo k vážnému zranění nebo ohrožení fyzické integrity její samotné, nebo jiných
2. Odpověď jedince zahrnovala intenzivní strach, bezmocnost nebo hrůzu

B.

Znovuprožívání události. Trauma je znovuprožíváno alespoň jedním z následujících způsobů:

1. Dotěrně se opakující vzpomínky na událost v orazech, myšlenkách a vjemech
2. Opakující se úzkostné sny o události
3. Jednání nebo pocit, jako by se trauma stále opakovalo a bylo stále prožíváno jako iluze, halucinace, epizod disociačních flashbacků, včetně těch, které se objevují při probuzení nebo intoxikaci
4. Intenzivní psychická tíseň po vystavení vnitřním nebo vnějším podnětům, které symbolizují nebo připomínají nějaký aspekt prožitého traumatu
5. Fyziologická (somatická) reaktivita na vystavení takovýmto podnětům

C.

Vyhýbání. Trvalé se vyhýbání podnětům, souvisejícím s traumatem a ochromení všeobecné vnímavosti (citlivosti), které nebylo přítomno před traumatem, projevující se alespoň třemi z následujících způsobů:

1. Snaha vyhnout se myšlenkám, pocitům, nebo konverzacím, spojených s traumatem
2. Snaha vyhnout se aktivitám, místům nebo osobám, které vzbuzují vzpomínky na trauma
3. Neschopnost si vzpomenout na nějaký důležitý aspekt traumatu
4. Výrazné snížení účasti na významných aktivitách, které bývaly příjemné
5. Pocit lhostejnosti nebo odcizení od ostatních
6. Omezený nebo zúžený rozsah emotivity (nepocituje např. pocit lásky, zvláště té, která je spojená s intimitou, něhu, nebo sexuální orientaci)
7. Pocit zkrácené budoucnosti a omezených možností (např. žádné výhledy k budování kariéry, svatba, děti, ideální délka života)

D.

Vzrušení. Trvalé příznaky zvýšené vzrušivosti (dráždivosti), které nebyly přítomny před traumatem, projevující se alespoň dvěma z následujících situací:

1. Potíže s usínáním nebo zachováním spánku
2. Podrážděnost nebo výbuchy hněvu

3. Potíže s koncentrací
4. Hypervigilita, neboli zvýšená bdělost, vylekanost, vyplašenost
5. Přehnané úlekové reakce

E.

Doba trvání symptomů kritérií B, C a D je delší než jeden měsíc

F.

Narušení života. Porucha způsobuje klinicky významné úzkostné stavy (obtěže) nebo poškození (zhoršení) aktivit v sociální oblasti, zaměstnání nebo jiných důležitých funkcích.

2.5.4 Příznaky a projevy posttraumatické stresové poruchy

Z dosavadního textu již lze příznaky, které posttraumatickou stresovou poruchu provázejí, určitým způsobem odvodit. Přesto si dovolíme ještě vše upřesnit tak, abychom nezůstali pouze u striktních hranic definice, a posunuli se dál a pojali toto téma určitým způsobem obecněji, srozumitelněji a nebojíme se říci i lidštěji.

„Typické příznaky posttraumatické stresové poruchy mohou zpočátku vypadat jako součást obvyklé reakce na ohrožující událost“ (Praško, a kol., 2003, s. 32). Shodně se zněním diagnostických manuálů i všeobecnými názory autorů odborné literatury můžeme konstatovat, že jako příznaky posttraumatické stresové poruchy je můžeme popisovat až ve chvíli, kdy se vyskytují déle než jeden měsíc po prožitém traumatu. Příznaky se také mohou projevit v mnoha případech jako oddálené reakce, jejichž distance od traumatického prožitku může být v krajních případech i několik let. Podle Praška (2003) odborníci rozdělují příznaky posttraumatické stresové poruchy do čtyř hlavních skupin. V tomto nelze než souhlasit, nicméně v našem textu jeho rozdělení na kategorie *dotírajících vzpomínek*, *ztráty pozitivních emocí*, *vyhýbání se* nebo *zvýšené psychické a tělesné vzrušivosti* neužijeme. Pro lepší přehlednost použijeme modifikovanou variantu profesorky Vágnerové (2008, s. 431–436), přizpůsobenou potřebám této práce, která zohledňuje i odborné poznatky v textu již zmiňovaných autorů Vizinové a Preisse (1999) a rozděluje skupiny příznaků posttraumatické stresové poruchy takto:

- **Emoční příznaky**
- **Změny kognitivních funkcí**
- **Změny chování**
- **Tělesné příznaky**
- **Změny osobnosti**

Výskyt příznaků posttraumatické stresové poruchy ukazuje, „že potlačovací výkony ega nepostačovaly k tomu, aby úplně neutralizovaly traumatické vlivy“. Příznaky jsou tak následkem obranného procesu, při kterém došlo k „odštípnutí (disociaci) inkompatibilního traumatického materiálu“ (Wöller, Krause, in Tress, aj., 2008 s. 302).

■ EMOČNÍ PŘÍZNAKY

„Lidé trpící posttraumatickou stresovou poruchou nedovedou dostatečně vyjádřit silné emoce týkající se samotného traumatu“ (Praško, aj., 2003, s. 33). Typickými jsou projevy *úzkosti a vnitřního napětí, znovuprožívání a citové strnulosti, otupělosti*, popisované jako ztráta pozitivních emocí.

Znakem ztráty pozitivních emocí je tedy i přetrvávající **úzkost**, která je mnohdy chronická. U jedince převládá **vnitřní napětí**, zvýšená přecitlivělost a podrážděnost. V souvislosti s těmito příznaky dochází také k nepřiměřeným úlekovým reakcím, které jsou vyvolávány zejména podněty, které mohou událost traumatu určitým způsobem připomínat a vyvodit v jedinci asociaci. Není však výjimkou, že tuto reakci vyvolá podnět zdánlivě neutrální. Při takovýchto situacích dochází k aktivaci vzpomínek na prožité trauma, na něž jedinec reaguje intenzivními projevy akutního stresu, neboli symptomy akutní zátěžové reakce, výše popsané např. v tabulce 2.4. S tímto může souviset i vznik fobických reakcí na takovéto podněty. Vlivem takovýchto stavů se postižený může dostávat do stavů deprese a pocitů bezmoci, které v krajních případech vedou až k sebevražedným sklonům. Suicidální pokusy jsou také mnohdy vyústěním nadměrných, ale nesmyslných, pocitů viny a sebeobviňování.

Dalším a troufáme si říci, že i nejtypičtějším emočním příznakem posttraumatické stresové poruchy je **znovuprožívání**. Vracející se vzpomínky, navozující znovu pocity úzkosti, strachu a hrůzy. Jejich prožívání je tak skutečné a živé, že je můžeme srovnávat s prožíváním v přímém ohrožení. „Prožitek je tak silný, že trpící má živý pocit, jako by se traumatická událost objevila znovu nebo ji viděl přímo před očima“ (Praško, aj., 2003, s. 33). Ve chvílích takového zpětného prožitku je jedinec emočními vzpomínkami silně ovlivňován, dochází k nadměrnému zatížení jeho organismu, které jej může na nějakou dobu úplně paralyzovat.

Ztrátu pozitivních emocí může provázet i emoční porucha ve formě **citové strnulosti, otupělosti a vyhaslosti**, kdy dochází ke zúžení emotivity a schopnosti prožívat určité city a zejména ty pozitivní. Postižení často „monotónně vykonávají rutinní činnosti a vyhýbají se příjemným aktivitám“ (Praško, aj., 2003, s. 33). Dochází ke ztrátě pocitu radosti, uspokojení a také pocitů, spojených s prožíváním citového vztahu. Porucha emotivity může být zapříčiněna zejména celkovým

vyčerpáním organismu, může však jít i o specifickou obrannou reakci, jako ochranný štít, bránící se další nepříjemné zkušenosti a možnému ohrožení. Lidé postižení posttraumatickou stresovou poruchou si někdy stěžují i na to, že necítí vůbec nic, že se cítí vyhaslí a chladní (Praško, aj., 2003, s. 33).

■ ZMĚNY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Změny kognitivních funkcí jsou následkem posttraumatické stresové poruchy a také signálem prozatímní neschopnosti uspokojivě traumatický zážitek zpracovat a vyrovnat se s ním. Kognitivní funkce v tomto případě představují rozpoznávací a rozumový náhled na svět a situace kolem postiženého jedince, a také pohled na sebe samého, který je vlivem následků poruchy změněn a vytváří v něm nepohodu.

Jako emoční příznaky poruchy jsme uváděli např. úzkost, k tomu nyní přidáme i pocit ohrožení, což jsou právě důsledky změny, kdy u postiženého jedince dochází ke generalizaci tohoto pocitu, a tím ke změně jeho myšlení a uvažování. Celkově tento pochod graduje ve vytváření **asociace s určitými, původně neutrálními podněty**, které uvedené emocionální reakce vyvolávají. Takto je posilována tzv. selektivní pozornost, která je zaměřena na veškeré dění, které by mohlo být nějakým způsobem ohrožující nebo nebezpečné. Ke své úlevě se pak takovým situacím jedinec vyhýbá, čímž si však znemožňuje dosáhnout přesvědčení, že ohrožující být nemusí. Jeho reakce v běžném životě tak nejsou adekvátní a relevantní. Tito jedinci se mnohdy i „vyhýbají doteku druhé osoby, zejména pokud byl lidský dotek součástí traumatu. Pak často nesnášejí ani dotek člověka, kterého mají rádi nebo kterého si váží“ (Praško, aj., 2003, s. 34).

Jinou formou obrany proti utrpení postiženého je **přetrvávající potlačení**, neboli **vytěsnění nepříjemných zážitků**, které Praško (2003, s. 35) označuje jako „**mentální vyhýbání**“. Nepoužití této obrany by v některých případech mohlo vést až k dezintegraci osobnosti. Jako důsledek se mohou projevit některé druhy amnézie a to zejména amnézie selektivní popřípadě disociativní dysmnézie, která zapříčiní to, že si postižený nemůže vzpomenout a vybavit si některý z důležitých momentů, který je s traumatickou událostí spojen.

Mnohem častějším, jak jsme již v textu naznačili, i typičtějším, však mohou být přetrvávající problémy opačného charakteru. Těmito samozřejmě myslíme

vzpomínky na prožité trauma, které se opakovaně vracejí do vědomí. Tyto bývají nenadále, nečekané a mají vtíravý charakter. Vracejí se v podobě různých představ, myšlenek, záblesků (flashbacků) či děsivých snů, označovaných jako noční můry. Jejich výskyt, vlastní vůlí, sám postižený ovlivnit nemůže. Ve formě opakujících se úvah a nutkavých představ traumatu v jedinci může vyvolávat pocity dilemat a otázek, zda mohl událost nějak ovlivnit. To vše působí velmi rušivě a stav, do kterého se postižený dostává, může být z psychosomatického pohledu totožný, jako při prožitku první rány.

Pod vlivem posttraumatické stresové poruchy se mění kognitivní funkce postiženého v oblasti pohledu na sebe samého i na svět okolo něj. Praško (in Vágnerová, s. 433) a jeho spolupracovníci je označují za tyto kognitivní omyly:

- **sklon ke zkratkovitým závěrům** (*tady už nikdy nebude bezpečno*)
- **nadměrná generalizace** (*všichni romové jsou stejní*)
- **vztahovačná a egocentrická interpretace** (*to se mohlo stát jen mě*)
- **absolutizující a černobílé hodnocení** (*neobjektivní*)

Celkově se tak pohled jedince k sobě samému a světu kolem něj změnil. S výrazem otupělosti a lhostejnosti hodnotí vesměs veškeré dění negativně. Jeho sebevědomí se radikálně snížilo, dochází i ke ztrátě vlastní sebeúcty. V tomto stavu jedinec pomalu upadá do stavů a pocitů bezmoci, méněcennosti a vzhledem k okolnímu světu, depersonalizace a odcizení od ostatních lidí, na které nahlíží jako na ty, co jeho zkušenost nemají. Prožívá pocit neporozumění s egocentrickým podtextem: *Co vy ostatní můžete vědět.* Od světa ani od sebe samého už nedokáže očekávat nic pozitivního.

■ ZMĚNY CHOVÁNÍ

Změny v chování jedince, postiženého posttraumatickou stresovou poruchou, mohou být u jednotlivých případů diametrálně rozličné, ve všech případech však bývají typické svojí extrémní povahou. Ona odlišnost spočívá v tom, že v některých případech může docházet k naprostému útlumu veškeré aktivity a v opačných pak k nadměrné reaktivitě a aktivizaci, které jsou nepřiměřené vyvolávajícímu podnětu.

U postižených se „objevuje výbušnost, prudkost v chování (impulzivita) a ostražitost. Jako by stále byli v napjatém očekávání, zda se něco ohrožujícího znovu nepříhoda. Vzhledem k podrážděnosti se snadno dostávají do konfliktu s jinými lidmi, doma i v práci, a ztrácejí přátelé. Potíže se soustředěním vedou k horší výkonnosti“ (Praško, aj., 2003, s. 35).

Pokud si takovéto chování představíme u policisty v přímém výkonu služby, tak může docházet nejen k nepřiměřenému ohrožení pachatelů protiprávní činnosti, ale také k ohrožení bezpečnosti všech, kteří se v jeho blízkosti ocitnou, poškozených nevyjímaje.

Změny chování dělíme na tři následující typy:

- **sklon k agresivnímu jednání**, které je jakousi ventilací napětí a podrážděnosti, projevující se výbušností a afektivními reakcemi na dříve neutrální podněty. Lze jej také popsat jako jednání, jež nelze adekvátně ovládat.
- **inhibice veškeré aktivity** je ztrátou zájmu o veškerou činnost provázenou tendencí vyhýbání se i běžnému dění. Ztráta zájmu a motivace i k dříve oblíbeným a příjemným aktivitám.
- **tendence izolovat se** je důsledkem pocitu nepochopení. Projevuje se vyhýbáním se většině kontaktů s lidmi běžného okolí v běžných sociálních vztazích. „Z pohledu nezávislého pozorovatele je zřejmé, že se chování takto postižených lidí změnilo, míra této změny může být různá, ale je podstatné, že se jeví nepřiměřená a nesmyslná“ (Vágnerová, 2008, s. 434).

■ TĚLESNÉ PŘÍZNAKY

Mezi tělesné příznaky, které Praško (2003, s. 36) označuje také jako biologickou poplašnou reakci, která se projevuje celou řadou vegetativních reakcí, můžeme zařadit např. „bušení srdce (tachykardie), tlak na hrudi, pocení, třes, lapání po dechu a zrychlené dýchání, brnění v končetinách, závratě, pocity na zvracení, bolesti břicha, hlavy.“ Tyto reakce lze jednoznačně přisuzovat nadměrné aktivaci a připravenosti organismu, očekávající ohrožení.

Dalším velmi zásadním a typickým tělesným příznakem jsou děsivé sny, noční můry. „Lze je chápat jako jako důsledek přetrvávající aktivizace organismu,

potřeby neustálé připravenosti reagovat na očekávané ohrožení“ (Vágnerová, 2008, s. 435). Těmto stavům a metodám zlepšení spánku při postižení posttraumatickou stresovou poruchou věnuje Praško (2003, s. 117–120) v knize *Stop traumatickým vzpomínkám* celou kapitolu, která byla i předmětem článku erudovaného časopisu *Psychologie dnes* (2010), kde uvádí: „Zvýšené napětí po traumatické události může bránit usínání, i když je člověk unavený a spát by chtěl. V noci se mohou objevit děsivé sny, ze kterých se člověk hrůzou probouzí. Nejčastěji je však nespavost způsobena nebo udržována obavami o spánek a katastrofických důsledcích nespavosti.“ Uvádí také, že „zvládání děsivých snů může být pro lidi trpící posttraumatickou stresovou poruchou obzvlášť důležité.“ Tyto metody však bohužel v textu dále již rozvádět nebudeme.

■ ZMĚNY OSOBNOSTI

„Osobností se rozumí souhrn duševních a tělesných vlastností jedince“, který je ve své jedinečnosti pocíťován jako projev vlastního já, tzv. jáství (Pavlovský, aj., 2009, s. 35). V tomto směru tedy také dochází vlivem poruchy k určitým změnám. Znovu se tak upínáme na pojetí sebe sama a také světa kolem, ke kterému tímto jedinec mění svůj vztah. Vlivem poruchy může docházet ke změnám osobnosti, které mohou být trvalejšího rázu. Jako např. nedůvěřivost, podezřívavost, hostilita, sociální izolace nebo naopak nadměrná závislost na jiné osobě, jež se mohou jako osobnostní vlastnosti dále rozvíjet.

Postižení se v mnoha případech začne projevovat pocitem absolutní změny a odlišení od ostatních. Dochází k přehodnocení žebříčku osobních hodnot a s rizikem sociálně nesprávných a neadekvátních reakcí se jedinec může dostávat do sociálně-adaptačních obtíží zejména v osobním a profesním životě. V tomto směru lze zvažovat, jak nebezpečná porucha pro policisty v přímém výkonu služby je. Zejména vzhledem k faktu, že odezva těchto změn vyvolává pocit prázdnoty a beznaděje, vytvářející prostor pro pochybnosti o smyslu života.

V tomto rozpoložení se dostává postižený do fáze, kdy je přesvědčen, že jeho život už nikdy nebude takový, jaký byl před tím, než prožil situaci, která jej navždy změnila. Dostavuj se tak výrazně negativní představa o budoucnosti, o které už ani jinak, s lepší vidinou, uvažovat nedokáže. Jediným východiskem, bez vnější pomoci

tak často bývá únik do sebedestruktivních myšlenek nebo únik k nadměrnému užívání alkoholu či jiných psychoaktivních látek, které ony potíže krátkodobě a krátkozrace tlumí.

V závěru této kapitoly je třeba zdůraznit, že obtíže, které nastávají u postiženého posttraumatickou stresovou poruchou jsou velmi nepříjemné a ohrožující. Situace, které v policejní praxi mohou determinovat vznik posttraumatické stresové poruchy jsme naznačili v tabulce 2.5. Pokud si představíte policistu, který po takové události, výše popsánymi obtížemi při výkonu své služby trpí, tak si je třeba uvědomit, že dochází nejen k ohrožení jeho života, ale i k ohrožení životů, které by měl z perspektivy své profese chránit. Proto je třeba, aby i oni sami o tomto riziku své profese věděli co nejvíce a dokázali mu i předcházet. Stejně tak by se v tomto ohledu o duševní zdraví policistů měl zajímat samotný systém, který by neměl čekat až na chvíle, kdy policista z posledních sil o pomoc požádá sám, ale měl by těmto rizikům výrazně předcházet, a to zejména kvalitní a včasnou krizovou intervencí.

Tabulka 2.5 Přehled policejních stresorů - podle míry závažnosti

Základní typy policejních stresorů	Konkrétní případy
Extrémní situace - s velkým rizikem PTSP	Zákroky na místě masakrů a katastrof
Exponované (nenormální) situace - riziko PTSP je nižší	<ul style="list-style-type: none"> • Použití střelné zbraně • Smrt kolegy ve službě • Extrémně znetvořené mrtvoly • Vyšetřování smrti dítěte • Mimořádně tragické nehody
Náročné (zátěžové) situace - riziko PTSP je minimální	Individuálně různé situace, které utkví v mysli jako tzv. „osobní pomníčky“. Např. náročný zákrok vůči dětskému pachateli apod.

(Hoskocová, 2009, s. 144)

2.5.5 Průběh a prognóza poruchy

Dle závěrů, zveřejněných Americkou psychiatrickou asociací, o kterých se zmiňuje Smolík (1996, in Vizinová, Preiss, 1999, s. 34), „může posttraumatická stresová porucha vzniknout v kterémkoliv věku po traumatu po období latence.“ Za latenci považuje období několika týdnů i měsíců. V některých pramenech jsou dokonce zaznamenány případy, kdy se příznaky posttraumatické stresové poruchy objevily s latencí až několika let. Tímto se však nebudeme zabývat, protože názory na jejich validitu se velmi rozcházejí.

Posttraumatická stresová porucha postihuje přibližně 1–4 % celkové populace. U žen bývá její výskyt častější, a to v rozmezí 7–10 %. Existují také rizikové skupiny, u kterých se předpoklad vzniku zvyšuje. V žádné literatuře jsme však nenalezli studii, která by zachycovala vzorek připodobňující náš zkoumaný soubor. Vágnerová (2008, s. 427) jako příklad uvádí pouze oběti trestných činů a válečné veterány, jejichž rozsah se pohybuje mezi 35–58 %.

Prognóza se uvádí spíše jako dobrá. Většinou po čase dochází k uzdravení nebo alespoň ke zlepšení. Pokud je léčba zahájena mezi prvním a třetím měsícem po události, riziko rozvoje poruchy se velmi snižuje (Khozam a Donnelly, 2002, in Vágnerová, 2003b, s. 38). Ve vzácných případech však není vyloučena chronizace poruchy, kdy se potíže s určitými výkyvy objevují i několik let. „Při soustavné léčbě může odeznít i chronická choroba“ (Vágnerová, 2003b, s. 38).

2.5.6 Léčba Posttraumatické stresové poruchy

V dnešní době jsou jedinými druhy léčby této poruchy formy psychoterapie a různých farmakologických prostředků. Obě léčby a zejména psychoterapie zahrnují obrovské kvantum teoretických poznatků. V tomto textu pro jejich detailní rozpracování prostor nenalezneme, ale zmínit se o nich do jisté míry musíme.

2.5.6.1 Farmakoterapie

Tyto léky výrazně podporují efekt psychoterapie. Podávají se z rozhodnutí psychiatra a bývají součástí komplexního léčebného plánu. Snahou farmakoterapie je zejména zmírnění některých příznaků (volně podle Praško, aj., 2003, s. 71, 72):

- **Antidepressiva:** Efekt přichází po 3–6 týdnech, působí zejména na zmírnění příznaků úzkosti a zvýšené činnosti sympatiku. K ostatním příznakům už tak účinná není. Pokud dochází k jejich pozitivnímu účinku, doporučuje se v jejich podávání pokračovat ještě 9–12 měsíců po odeznění příznaků.
- **Anxiolytika:** Jsou vhodná pouze při akutní potřebě zmírnění příznaků náhlých úzkostí, záchvatů paniky nebo poruchách spánku. Pro dlouhodobou léčbu jsou nevhodné, jelikož na nich může vzniknout návyk. Vzhledem k toleranci a potřebě zvyšujících se dávek by se neměly podávat déle než 3–4 měsíce.

2.5.6.2 Psychoterapie

Je označována jako nejdůležitější prostředek léčby. Práce s pacientem je zprvu zaměřená na získání kontroly nad příznaky, avšak jejím hlavním cílem je opakovaná konfrontace s traumatickou událostí tak, aby došlo k jejímu přijetí, jako součásti minulosti. Vzpomínky pak přestávají vyvolávat úzkosti (Praško, aj.,). Za základní příklady terapií můžeme jmenovat:

- podpůrná psychoterapie
- psychoanalýza
- skupinová psychoterapie
- kognitivně-behaviorální terapie.

Tímto jsme se dostali někam k úpatí strmé stráně, z jejíhož vrcholu jsme na počátku textu začali padat. Názorně jsme tak vysvětlili, kam až postižení posttraumatickou stresovou poruchou může dospět. Dále bychom chtěli naznačit postoj, podle něhož by k takovýmto pádům vůbec docházet nemuselo. Samozřejmě, že budeme vše znovu akcentovat ve směru policejní praxe.

2.6 Krizová intervence

Znovu tedy podotýkáme, že v dosavadním textu jsme se zabývali téměř katastrofickým scénářem, jehož průběh může po prožití traumatické události následovat. Cílem tohoto textu bylo seznámení se s problematikou posttraumatické stresové poruchy, a to až do jejích krajností. To však jen proto, abychom pochopili, jak důležitá je snaha těmto následkům předcházet. V kapitole 2.4.4 jsme již zmínili, že tak můžeme učinit zejména kvalitní a včasnou krizovou intervencí. Souhlasíme tak i se Švingalovou (2006, s. 39), která uvádí, že „krizová intervence je účinná především v době, kdy člověk prožívá akutní stresovou reakci.“ (viz kapitola 2.3.1.1)

V krátkosti se pokusíme tuto formální, neboli institucionalizovanou formu pomoci v krizi představit. Baštecká (2003, s. 339) úderně konstatuje, že se krizová intervence znamená „zásah v krizi“. Můžeme ji však také popsat jako odbornou metodu práce s klientem „v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující“ (Vodáčková, 2002, s. 60). Je tvořena různými formami pomoci, jejichž posláním je navrácení psychické rovnováhy, jež byla kritickou životní událostí narušena. Zahrnuje především tyto druhy pomoci (Špatenková, 2004b, s. 15):

- psychologickou
- lékařskou
- sociální
- právní

2.6.1 Formy krizové intervence

Za základní rozdělení krizové intervence považujeme tyto formy, jimiž intervent přichází do styku s klientem (Špatenková, 2004b, s. 23):

- **Prezenční** (tváří v tvář)
- **Distanční** (vzdálená, zabezpečená pomocí telefonní nebo internetové sítě).

V **prezenční** formě krizové práce je poskytována *ambulantní pomoc*, která je u Policie České republiky reprezentována pracovišti týmů posttraumatické intervenční péče (PIP), o níž budeme hovořit kapitole 2.5.2.2. Další formou může být

hospitalizace, kterou policie přímo neposkytuje, ale také *terénní mobilní služby*, jež zajišťují znovu intervenční PIP nebo policejní psychologové, a na jejíž důležitost bychom touto prací chtěli apelovat.

Distanční forma krizové intervence je zajišťována jako *internetová* nebo *telefonní pomoc*. V prostředí policie jí nyní zajišťuje anonymní, respektive otevřená telefonní linka pomoci v krizi, kterou prezentujeme v kapitole 2.5.2.1.

Pokud jsme zmínili, že krizová intervence by měla být kvalitní a včasná, musíme uvést ještě alespoň dva velmi důležité pojmy, které tento druh pomoci obsahují. *Defusing* a *debriefing* Baštecká (in Vodáčková, 2002, s.381,382) popisuje následovně:

- **Defusing** je jakýmsi navozením atmosféry podpory a pohody. Většinou se nejedná o intervenci vedenou psychologem, ale o okamžitý druh intervence, který probíhá spontánně v týmu ihned po doznění traumatizující události. Bývá záležitostí velitele, který by měl znát jeho cíl. Bývá druhem kolektivní péče o ty, kteří se v dané situaci cítí nejhůře.
- **Debriefing** „trvá obvykle déle než defusing. Mívá délku, uspořádání a počet účastníků, jako skupinové sezení malé či velké skupiny.“ Provádí se s odstupem okolo 48 hodin od události. Většinou se provádí ve skupinách, ale je použitelný i pro jednotlivce, což je v našem případě směřodonné. Několika slovy jde o uspořádání zmatku v myšlenkách a pocitech, které vystupují po traumatické události.

Pro další průběh práce si dovolíme ještě odcitovat několik vět, které Baštecká (in Vodáčková, 2002, s.385) publikovala již před deseti lety, kdy konstatovala, že „v České republice nemáme s debriefingem zatím ani tolik zkušeností, abychom mohli říci, že neprospívá nebo škodí. Nově je zaveden do záchrannářských složek – jsou v něm proškoleny policejní posttraumatické intervenční týmy.

My ale tyto zkušenosti nemáme ani v dnešní době. Možná, že se metoda užívá ve speciálních týmech typu URNA, zásahových jednotek a pod., ale běžnému příslušníkovi zůstávají stále utajené.

2.6.2 Psychologická péče u Policie ČR

Policista v krajní situaci má právo v návaznosti na ustanovení § 77 odst. 11 písm l) zákona „o služebním poměru“ čerpat od svého zaměstnavatele bezplatně a rychle odbornou pomoc zachovávající pravidla mlčenlivosti. Využití služeb krizové intervence je pro policistu bezpečné. Její využití by nemělo ovlivnit jeho pracovní hodnocení a pracovní zařazení. Hlavním cílem krizové intervence by mělo být předcházení přetrvávajícím následkům psychické traumatizace (Baštecká, 2005, s. 255).

2.6.2.1 Otevřená telefonní linka pomoci v krizi

Otevřená linka pomoci v krizi je založena na stejném principu jako instituce Linky důvěry a mnoha jiných telefonních linek, které v rámci pomáhajícího statutu na našem území fungují.

Anonymní telefonní linka pomoci v krizi, jejíž provoz byl zahájen 14. listopadu 2002 byla rezortní linkou důvěry. Linka byla určena všem příslušníkům bezpečnostních sborů spadajících pod působnost ministerstva vnitra i jejich rodinným příslušníkům. V případě situací mimořádných událostí mohla linku využít i širší veřejnost (Vymětal, aj., 2010, s. 13).

Od prosince 2011 změnila základě součinnostního prohlášení mezi Policií ČR a Armádou ČR, název: *Otevřená anonymní linka pomoci v krizi*. Do klientely tedy přibyli příslušníci a zaměstnanci Armády ČR (MVČR, 2012).

„Linka je součástí systému posttraumatické intenzivní péče, který byl zřízen závazným pokynem policejního prezidenta č. 129/2001“. Fungování linky je upraveno závazným pokynem policejního prezidenta č. 79/2010, který obsahuje mimo jiné i statut linky, který „členům týmu ukládá, jak s volajícím klientem linky pracovat“ /viz příloha č. (MVČR, 2003).

V krátkosti pole Vymětala (2010, s. 14) vyjmenujeme pozitiva hovoru, díky kterým není třeba se využití linky bránit:

- nevyžaduje se jméno volajícího
- nedochází k nahrávání ani monitorování hovorů
- nezobrazuje se číslo volajícího (bezdisplayové přístroje)
- je zachovávána mlčenlivost a absolutní anonymita

2.6.2.2 Tým posttraumatické intervenční péče Policie ČR

Na každém krajském ředitelství policie včetně Policejního prezidia ČR je zřízen posttraumatický intervenční tým. Tvoří jej intervenenti z řad policistů, občanských zaměstnanců, policejních psychologů a duchovních. Pro svou kompetentnost musí každý z týmu projít výcvikem v CISM (Critical Incident Stress Management) v minimálním rozsahu 40 hodin. Jejich vstup do systému je dobrovolný (Vymětal, 2010, s. 34,35; Hoskovcová, 2009, s. 143).

Tyto týmy pracují v mantinelech krizové intervence a jejich specifikace by byla velmi náročná. Proto v příloze č. 3 jejich činnost přibližujeme cestou tištěné formy, ve kterou se jednotlivé týmy prezentují. Ve zkratce však můžeme uvést, že intervenenti PIP mohou nabídnout (Vymětal, 2010, s. 35):

- poskytování specifických informací
- potřebnou podporu
- pomoc či zprostředkovat další odbornou péči (i mimo rezort)
- maximální diskrétnost, anonymitu a mlčenlivost

Je třeba však ještě uvést, že o pomoc může žádat jak policista sám, tak kterákoliv blízká osoba jeho pracovního či osobního okolí. Vymětal (2010, s. 36) uvádí, že „v některých případech, pokud se o závažné situaci dozví, může být tým PIP proaktivní a iniciativně intervenci sám nabídnout.“ K jeho uvědomění by prý mělo dojít cestou operačního střediska a realizace by byla závislá pouze na policistově souhlasu.

Naším názorem a jádrem této práce je idea, že proaktivita těchto týmů a jejich pracovníků by měla být primární. To zejména s ohledem na terénní intervenci a také osvětu policistů, kteří by rizika své profese i zdroje pomoci měli znát dříve, než se s nimi setkají. Tímto se budeme posléze zabývat v absolutním závěru práce, kde jsme se pokusili nějaká řešení současného stavu navrhnout.

2.6.2.3 Služby policejních psychologů

Z obecného hlediska se služby policejních psychologů s rozvojem kriminologických a forenzních oborů hodně rozšiřují. Můžeme tak alespoň ve

zkratce vyjmenovat některá odvětví policejní praxe, kde se jejich aktivní zapojení očekává (Čírtková, 2006, 43–47):

- personální diagnostika (přijímání nových uchazečů)
- pedagogické působení v policejním školství (PA, ZOP)
- specializované pozice (profilování, grafologie, prevence kriminality, policejní vyjednávači...)

Mimo projekty krizové linky a PIP, kde nemusí působit pouze psychologové, nabízí policejní psycholog „v rámci psychologické péče ještě další možnosti“ (Vymětal, 2010, s. 52):

- odborné konzultace,
- psychologické poradenství
- krizovou intervenci
- psychoterapie

Jednou ze specializovaných činností policejních psychologů poslední doby jsou tzv. **jednorázová posttraumatická stresová sezení**, která se prozatím provádějí u exponovaných týmů po náročné akci. Jde o specifickou pozici psychologa působícího např. v zásahových jednotách (URNA apod.), kdy se skupinové sezení „uskutečňuje záhy po otřesné traumatizující události. Doporučuje se rozmezí od 24 do 72 hodin po ukončení krizové situace“, v rozsahu okolo 90 minut. (Čírtková, 2006, s. 47) Do prostředí běžné policejní praxe však tento fenomén ještě příliš nepronikl.

2.7 Zhodnocení teoretické části

Teoretická část bakalářské práce se zabývala vymezením problematiky posttraumatické stresové poruchy. Za použití odborné literatury a dalších sekundárních zdrojů včetně vnitřních materiálů Policie České republiky jsme vymezili jednotlivé pojmy, které se bezprostředně s determinováním poruchy pojí. Posttraumatickou stresovou poruchu jsme v samostatné kapitole popsali a vyzdvihli veškerá negativa, která může do života jednice, respektive policisty, přinést.

Bylo velmi složité v dané problematice vybrat vždy to nejdůležitější a pro celou práci nejvhodnější. Tématika posttraumatické stresové poruchy je velmi obsáhlá. V některých případech jsme se však setkávali i s jejím nedostatkem, kdy její případová konkrétnost byla vedena do sféry válek, a to pro naše pojetí nebylo příliš vhodné.

Pro problematiku posttraumatické stresové poruchy a její definování bylo jako stěžejní předpokládáno vysvětlení pojmu stres, krize a trauma. Tyto jsem v textu dobře vysvětlili a témata opatřili vždy vhodnou typologií. Ve většině případů jsme se také pokoušeli vždy dané téma přirovnávat k praxi policistů.

Je vhodné se na tomto místě také omluvit, že teoretická část neobsahuje více o tématu krizové intervence. Je jisté, že je s naším tématem úzce spojena a v posledních kapitolách, kde se zaměřujeme na jednotlivé psychologické služby rezortu Ministerstva vnitra, by její další rozvedení bylo jen přínosem. Určitě alespoň pro náhled udělali maximum. Můžeme jen doporučit, pokud by se zdálo téma málo vyčerpané, v textu je uvedeno mnoho autorů, jejichž publikace byly zdrojem našich poznatků, takže je možné nahlédnout do seznamu zdrojů a daná slepá místa si doplnit.

Troufáme si říci, že vzhledem k charakteru celé práce se nám téma z pohledu teoretické části podařilo vyčerpat a byl tak vyhotoven pevný základ proto, abychom se mohli věnovat části praktické, kde nabyté vědomosti a teoretické znalosti upotřebíme při realizování průzkumu.

Průzkum byl realizován rovněž ze teoretickým základem literatury z oblasti sociologického zkoumání. Provedení průzkumu směřovalo ke zmapování povědomí a informovanosti policistů Krajského ředitelství policie v Liberci na územním oboru v Liberci, kde byly zjišťovány jejich základní poznatky z dané oblasti posttraumatické stresové poruchy, druhích psychologické pomoci a dalších oblastí, které s daným tématickým celkem souvisejí.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku posttraumatické stresové poruchy. Zejména na zmapování informovanosti policistů o této poruše, jejich osobních zkušeností a možnému vylepšení psychologické péče u Policie ČR.

Snahou teoretické části bylo popsat teoretickou oblast posttraumatických poruch. Za použití odborné literatury jsme se snažili vymezit a vzájemně odlišit pojmy stresu, krize a traumatu, jež jsme rozpracovali do specifických typologií, které byly kvalitním základem pro dále prezentovanou oblast posttraumatické stresové poruchy. Popsané pocity, vjemy a příznaky, jež mohou mít i trvalé následky jsme pojali jako významná negativa, která dokáží život policistům nejen velmi nepříjemnit, ale dokonce jej od základů ovlivnit.

Praktická část práce se v dané problematice obrací do oblasti informovanosti policistů. Ve své profesi jsou policisté vystavováni zpravidla velmi náročným situacím, kdy přicházejí do styku i s oběťmi, které mohou být touto poruchou ohrožené stejně jako oni. I z tohoto hlediska uvádíme problematiku posttraumatické stresové poruchy, jako jednu z největších hrozeb, která může nejen při výkonu služby postihnout psychiku policisty a vážně tak ovlivnit jeho osobní i profesní život. Informovanost by měla být základním kamenem pro boj s těmito možnými trvalými následky. V předchozím textu byla uvedena teorie k danému tématu.

Praktická část bakalářské práce se zabývá průzkumem mezi příslušníky Policie České republiky Libereckého kraje, konkrétně územního odboru Liberec, a jeho následným vyhodnocením.

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části bylo zjistit, jaká je informovanost policistů v oblasti posttraumatické stresové poruchy. Zmapovat zásadní poznatky o poruše, znalost poskytované péče a osobní zkušenosti policistů, vztahujících se k problematice posttraumatické stresové poruchy.

Dílčí cíle:

- Zjistit, zda byli policisté s problematikou PTSD seznámeni mimo působnost Policie ČR
- Zjistit, které prožité traumatizující situace policisté považují za nejtěživější
- Zjistit, zda mají policisté o danou problematiku PTSD zájem

3.2 Předpoklady průzkumu

- Předpoklad č. 1:** Více než 30% respondentů nemá zásadní poznatky, co posttraumatická stresová porucha je.
- Předpoklad č. 2:** Nejméně polovina respondentů neví, kde hledat konkrétní pomoc při přetrvávajících následcích stresové situace a možném ohrožení posttraumatickou stresovou poruchou.
- Předpoklad č. 3:** Více než 30% respondentů má zkušenost s výskytem posttraumatické stresové poruchy osobně nebo ve svém okolí.

3.3 Použité průzkumné metody

Po důkladném zvážení byl pro účely této práce a daného tématu zvolen kvantitativní průzkum s použitím dedukce. V rámci metody dotazování byl průzkum realizován technikou vypracovaného dotazníku, který byl nabídnut ke zpracování 100 respondentům.

Techniku dotazníku jsme volili převážně s ohledem na zkoumaný soubor. Druhou variantou, pro kterou jsme se nakonec nerozhodli, byl rozhovor. K volbě jsme nakonec došli díky srovnání Dismana (2002, s 141), který nás přesvědčil fakty, že „dotazník umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase a s poměrně malým nákladem“, poskytuje vyšší důvěru v anonymitu a je pro obě strany časově přijatelnější. Negativa, jako je nízká návratnost nebo neochota k vyplňování, jsme uvažovali, nicméně jsme v těchto ohledech spoléhali na kolegiální vstřícnost.

Dotazník jsme sestavili z 21 otázek, kdy 4, bez číselného označení, byly pouze informativního charakteru, a neměly vliv na výsledky předpokladů. Dalších 17 chronologicky seřazených otázek, označených čísly, se přímo týkaly tématu

posttraumatické stresové poruchy, směřující k cíli práce a potvrzení či vyvrácení předem stanovených předpokladů.

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány do tabulek i grafického znázornění, jež je variabilně užíváno ke zvýšení přehlednosti. Veškerá data jsou samozřejmě doplněna o slovní hodnocení a shrnutí.

3.4 Popis zkoumaného souboru

V zadání bakalářské práce se zmiňujeme, že zkoumaným souborem jsou policisté bývalého okresu Liberec. I nadále si za tímto termínem stojíme, ale pro lepší orientaci v nové struktuře policejního soukolí, tento pojem konkretizujeme. V textu tak již dále nepoužíváme označení „bývalý okres Liberec“, ale konkrétně podle struktury rozřazujeme na Policii České republiky, Krajské ředitelství v Liberci a územní odbor Liberec. Jeho místní působnost je s uvedeným bývalým okresem shodná.

Průzkumu se zúčastnili příslušníci Policie České republiky Libereckého kraje, konkrétně zařazení na územním odboru Liberec (bývalý okres Liberec). Osloveni byli zejména příslušníci v přímém výkonu služby.

Pro přímý výkon služby je na územním odboru Liberec zřízeno 12 obvodních oddělení pořádkové policie (dále jen OOP), z nichž 5 je v přímé místní působnosti pro město Liberec. Ostatní jsou rozmístěná ve větších okrajových obcích, v obvodu, vymezeného bývalým okresem Liberec. Dalšími odděleními, pro přímý výkon služby, které byly zahrnuty do zkoumaného souboru, jsou Dopravní inspektorát (dále jen DI), Oddělení hlídkové služby (dále jen OHS) a některé součásti Služby kriminální policie a vyšetřování (dále jen SKPaV). Pro úplnost vzorku a jeho rozmanitost byly do zkoumaného souboru zahrnuty i další personálně méně zastoupená oddělení, jako na příklad Oddělení služební kynologie, Oddělení kriminalistické techniky, pracovníci operačních středisek a pracovníci nižšího managementu, jež se všichni v průzkumu skryjí do celku označeného „jiné“

Jak jsme již předeslali, celkově bylo osloveno 100 respondentů, kterým byl předložen předemtný, vypracovaný dotazník (viz příloha č. 6). Z tohoto počtu vyplněný dotazník navrátilo 83 respondentů. 3 dotazníky byly však vyplněny nesprávně a velmi neúplně a jejich výsledky tak nebylo možné do průzkumu

promítnout. Zpracovaný výzkumný vzorek tedy tvoří přesně 80 respondentů. Původní návratnost se tedy pohybovala okolo 83% a po odečtení zmíněných 3 dotazníků se snížila na necelých 80%. Ve všeobecném měřítku tak tento poměr můžeme považovat za velmi úspěšný.

V informativních otázkách byla zjišťována data o respondentech k upřesnění pohlaví, věku, služebního zařazení a délce služebního poměru u Policie České republiky. Tato byla dále zpracována do tabulek (3.1 a 3.2) i grafického znázornění (grafy č. 3.1–3.4)

Tabulka 3.1: Pohlaví a věk respondentů

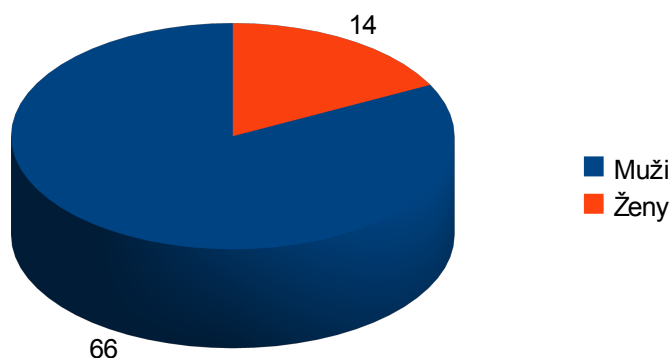
Pohlaví	<i>počet</i>	<i>procenta (%)</i>	Věk (roky)	<i>počet</i>	<i>procenta (%)</i>
MUŽ	66	82,5	20–30	42	52,5
ŽENA	14	17,5	31–40	24	30
			41–50	13	16,25
			51 a více	1	1,25

Tabulka 3.2: Služební zařazení a délka služebního poměru

Služební zařazení	<i>počet</i>	<i>procenta (%)</i>	Délka služebního poměru u PČR (roky)	<i>počet</i>	<i>procenta (%)</i>
OOP	37	46,25	0–2	4	5
OHS	15	18,75	3–10	48	60
DI	19	23,75	11–20	20	25
SKPaV	7	8,75	21 a více	8	10
jiné	2	2,5			

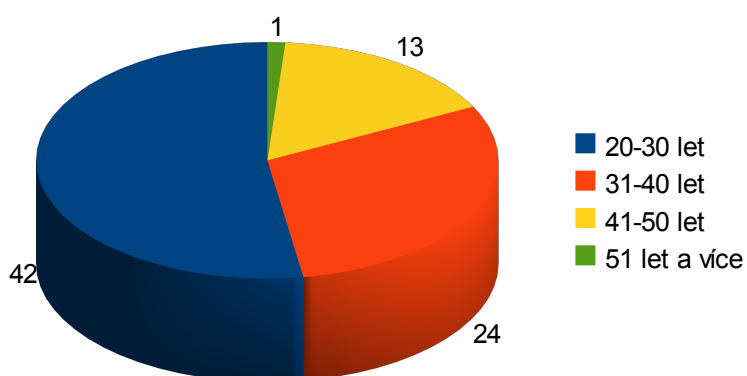
Z daného počtu 80 platných respondentů vyplnilo dotazník správným způsobem 66 mužů, což tvořilo 82,5% celkového vzorku a 14 žen, tedy 17,5% vzorku. Graficky je tento výsledek znázorněn v grafu č. 3.1. Je tak zřejmé, že v policejní praxi stále převládá mužské zastoupení, a tak pakliže odborná literatura (Vizinová, Preiss, 1999, s. 33) hovoří o tom, že prevalence výskytu posttraumatické

stresové poruchy je mezi muži a ženami 1:2, není třeba se zabývat nějakým výrazným zkreslením v oblasti osobních zkušeností.



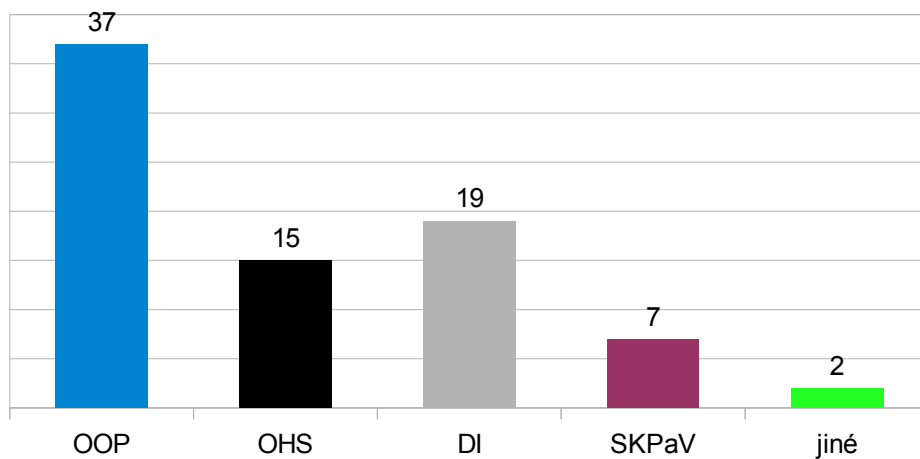
Graf 3.1: Rozdělení respondentů podle pohlaví

Věkový rozptyl respondentů byl v dotazníkovém šetření rozdělen do čtyř kategorií. První kategorii tvoří respondenti ve věku 20–30 let, kterých se zúčastnilo 42, což je z celkového vzorku 52,5%. Druhou kategorii tvoří respondenti ve věkovém rozptylu 31–40 let, kterých se zúčastnilo 24, což je z celkového vzorku 30%. Ve třetí kategorii věkového rozptylu 41–50 let bylo dotazováno 13 respondentů, tvořících 16,25% z celku. Poslední kategorií se tak stal jediný respondent ve věku nad 51 let, který tvoří 1,25% z celkového počtu 80 respondentů. To vše je znázorněno v grafu č. 3.2.



Graf 3.2: Rozdělení respondentů podle věkových hranic

Další otázka informativního charakteru rozděluje prostřednictvím grafu č. 3.3 celek respondentů podle jejich zařazení k jednotlivým útvarům policie v působnosti územního odboru Liberec. Pro rozdělení jsme použili, jak je uvedeno již výše, čtyři stěžejní oddělení přímého výkonu služby a pátým dílem jsem zamýšleli zaštitění ostatních menších oddělení, které jsou do jisté míry specifické nebo málo personálně obsazené. V předchozím textu je také uvedeno, že na územním odboru Liberec je zřízeno 12 obvodních oddělení, proto nebylo nijak překvapivé zjištění, že toto služební zařazení mělo mezi respondenty největší zastoupení. Bylo zastoupeno ve 37 případech, což tvořilo 46,25 % respondentů. Druhé místo patřilo největšímu samostatnému oddělení na územním odboru Liberec, a to Dopravnímu inspektorátu, který se podílel s 19 respondenty, tvořící díl 23,25%. Třetím nejčastěji zmiňovaným služebním zařazením bylo Oddělení hlídkové služby. Pro náročnost svého výkonu služby jedno ze stěžejních oddělení pro průzkum, jež tvořilo 18,75 % ze všech respondentů, tedy 15 policistů. Služba Kriminální policie a vyšetřování byla zastoupena v 7 případech s podílem 8,75%. Ostatní oddělení, neboli „jiné“ tvořili 2 respondenti se symbolickými 2,5%. Pozitivním zjištěním je, že podíly respondentů jsou poměrově blízké k faktickému personálnímu zastoupení jednotlivých oddělení.



Graf 3.3: Rozdělení respondentů podle služebního zařazení

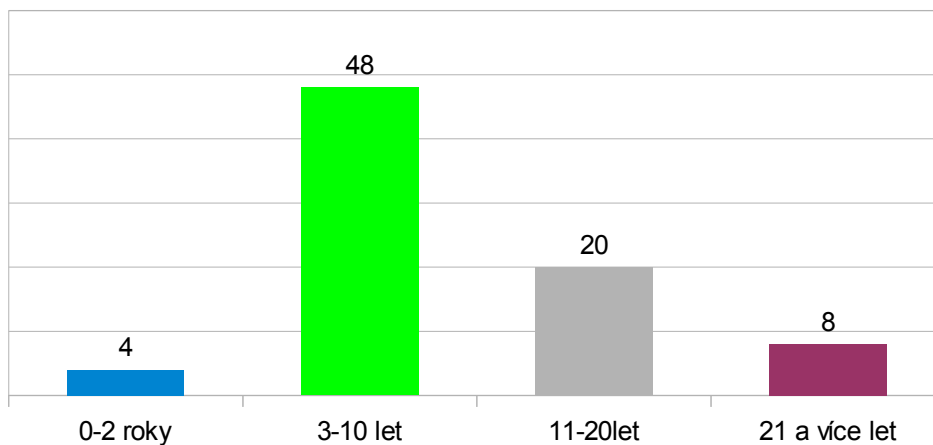
Poslední otázka informativního charakteru, která měla doplnit a v konečném rozsahu uzavřít okruh zkoumaného souboru byla zaměřena na délku služebního

poměru u Policie České republiky všeobecně, nejen v místní působnosti územního odboru Liberec, kde je průzkum prováděn. Vyhodnocení této otázky nabízíme v grafickém znázornění grafu č. 3.4.

Pokud se zamyslíme nad tím, že policista začíná být profesně zdatný a samostatný přibližně po třech letech služebního poměru, kdy zvládá základní úkony policejních činností, tak můžeme uvést, že z této otázky vzešlo, že ve zkoumaném souboru je velká převaha policistů zkušených. Zkušenost policistů je pro průzkum důležitá, jelikož právě oni se již s některou z vysoce zatěžujících událostí policejní praxe, uvedených v otázce č. 10, mohli setkat. Stejně tak je zkušenost a délka služebního poměru respondentů důležitá, aby bylo možné se domnívat, že za uvedenou dobu služebního poměru moli být s problematikou posttraumatické stresové poruchy seznámeni.

Z celkového vzorku se průzkumu zúčastnili 4 respondenti, kteří jsou ve služebním poměru u Policie České republiky jen krátce a délka jejich služebního poměru je kratší než tři roky. Jedná se tedy jen o malou část, přesněji 5% z celkového zkoumaného souboru. Nejpočetnější je zastoupena skupina, kterou můžeme označit jako produktivní a progresivní. Délka jejich služebního poměru je ohraničena od tří do deseti let, u čehož se předpokládá, že tito policisté jsou v období hlavního profesního růstu, kdy jejich práce převážně zaměřena na přímý výkon služby a získávání zkušeností. Právě v tomto období se předpokládá, že se policisté setkávají s největším a nejrozmanitějším počtem profesních situací. Mluvíme hlavně o těch, které mohou být bez předchozí zkušenosti velmi stresogenní a v některých případech i traumatizující. Jde o situace, z nichž některé jsou jmenovány v otázce č. 10. V této progresivní skupině je zastoupeno 48 respondentů, což tvoří přesně 60% celkového zkoumaného souboru. Třetí skupinu, u které je délka služebního poměru v rozmezí od jedenácti do dvaceti let, můžeme označit jako profesionální. V této skupině bychom hledali policisty s mnoha profesními zkušenostmi, kteří již velké množství stresujících a traumatizujících situací prožili. Je tak možné se domnívat, že u těchto policistů došlo i k vytvoření a posílení určitých copingových strategií, vlivem kterých jsou proti těmto situacím imunnější. V této třetí skupině bylo vyhodnoceno 20 respondentů, kteří tvořili jednu čtvrtinu, tedy 25% zkoumaného souboru. Poslední skupinu, která je ve služebním poměru déle než 21 let, tvoří velmi

zkušenosti policisté, u kterých se lze domnívat, že zastávají i některou z vedoucích pozic a mohli by do jisté míry ovlivňovat poskytování psychologické pomoci svým podřízeným, kteří byli vystaveni velmi stresující nebo traumatizující události. Tuto skupinu tvoří 8 respondentů, ohraničující 10% z celkových 80 respondentů.



Graf 3.4: Rozdělení respondentů podle délky služebního poměru u PČR

3.5 Výsledky průzkumu a jejich prezentace

V této části bakalářské práce budou prezentována data pocházející ze samotného průzkumu. Stejně jako v dosavadním textu bude prováděna jejich interpretace a přehledné grafické znázornění. Ještě před tím bychom však rádi přiblížili průběh samotného průzkumu.

3.5.1 Předvýzkum

Pro volbu nejefektivnějšího přístupu a metody k hlavnímu průzkumu byl zpracován i předvýzkum, který zahrnoval i techniku otevřeného rozhovoru. V této části bylo osloveno 5 policistů Krajského ředitelství policie Liberec na územním odboru Liberec. Předvýzkum byl proveden po předchozí domluvě s danými policisty v pátek 17. ledna 2012 v době od 13:30 do 14:00 hodin v kanceláři zástupce vedoucího oddělení Dopravního inspektorátu Liberec.

Procesu se zúčastnili tři policisté dopravního inspektorátu a dva policisté z obvodních oddělení, tedy zástupci předpokládaných dvou nejpočetnějších skupin respondentů hlavního průzkumu. Těmto respondentům byl dán k vyplnění vypracovaný, zamýšlený dotazník, ve kterém se nacházely uzavřené i otevřené otázky. Po vyplnění dotazníku bylo formou dotazů zjišťováno, zda je jeho forma přijatelná, otázky jednoznačné a srozumitelné, a zda mohou informace vést ke zjištěním, která by mohla naplnit cíl šetření.

Předběžná zjištění hovořila o tom, že metoda dotazování a technika dotazníku bude pro daný průzkum nejvhodnější. Dále bylo zjištěno, že předložený dotazník je zpracován přehledně, avšak vhodné by bylo minimalizovat otevřené otázky a zaměnit je za uzavřené, či polootevřené tak, aby výsledky průzkumu byly přesnější a forma dotazníku srozumitelnější. Otevřené otázky působily rušivě a respondentům se nad jejich formulací nechtělo přemýšlet. Jednoznačně byla odmítnuta technika otevřeného rozhovoru, jelikož v daném tématu se skrývá mnoho osobních a tčkových otázek, které by při otevřeném rozhovoru mohly vést buď ke zkreslení výsledků úmyslnou lži nebo k naprostému odmítnutí rozhovoru ze strachu ztráty osobní anonymity, i přesto, že ta by byla naprosto zaručena.

Do konečné podoby byl tedy dotazník zpracován do uzavřených otázek, kdy pouze ve dvou případech se vyskytuje otázka polootevřená. Na věcnou připomínku k otázce č. 15 byla konkretizací její formulace mírně změněna. Do úvodu dotazníku bylo mimo jiné zformulováno oslovení, pokyny k vypracování a zaručení naprosté anonymity. Tento krok mohl v konečném součtu zvýšit pravděpodobnost pravdivých a upřímných odpovědí, vést ke správnému a přesnému vyplnění otázek, ale určitě i k jejich vysoké návratnosti, kterou jsme předdeslali již výše.

3.5.2 Průzkum

Vlastní průzkum se uskutečnil v datovém rozmezí mezi 1. a 29. únorem 2012, kdy v tomto období byli kontaktováni všichni vedoucí, popřípadě zástupci vedoucích oddělení, kteří tvořili hlavní skupiny zkoumaného souboru. Byli tedy kontaktováni zástupci obvodních oddělení, dopravního inspektorátu, hlídkové služby a služby kriminální policie a vyšetřování. Po předchozí domluvě byla na všechna oddělení zaslána cestou vnitřní pošty územního odboru Liberec obálka, vždy s 15 kusy dotazníků. Dotazníků bylo vyhotoveno 180, avšak všechny respondentům nabídnuty nebyly. Při kontaktu byli zástupci jednotlivých oddělení požádáni, aby při zpětném zasílání dotazníků na obálku vždy uvedli počet respondentů, které na svém oddělení oslovili. V tomto ohledu byl konečný tazatel zprostředkovaný, ale riziko zkreslenosti údajů se nijak dramaticky nezvýšilo. Všichni koneční tazatelé jsou absolventi minimálně bakalářského studia, takže dokáží posoudit důležitost přesnosti získávaných dat a také zde hrála roli určitá kolegiální solidarita a vstřícnost.

Úskalím průzkumu se zdál být fakt, že 4 vedoucí oddělení zprostředkování průzkumu odmítli. Šlo však výhradně o zástupce obvodních oddělení, a tak nebyla rozmanitost ani přesnost průzkumu ohrožena, protože v konečném součtu se na průzkumu podílelo 8 obvodních oddělení. Nezúčastněná oddělení nebudeme jmenovat.

Ve výsledcích průzkumu se také objevili dva zástupci, kteří spadají dle tabulky č. 3.3 a popisu zkoumaného souboru od služebního zařazení, které je značeno jako „jiní“. Tito vzešli z nezprostředkovaného průzkumu, kdy bylo takto náhodně osloveno 5 respondentů. Všichni respondenti byli samozřejmě, a to

i zprostředkovanými tazateli, upozornění, že vyplnění dotazníků je absolutně dobrovolné a jeho nevyplnění nebude mít žádné negativní důsledky. Důvody předložení dotazníku a další upozornění, instrukce k vyplnění a zaručení anonymity byly vždy součástí průvodního textu předmětného dotazníku. To jsme však již uvedli.

Po shromáždění všech 83 vyplněných dotazníků jsme provedli jejich zpracování a vyhodnocení. Při tomto byly zjištěny ony 3 dotazníky jež byly vyplněny nesprávně a neúplně.

Tato část bakalářské práce obsahuje shrnutí výsledků dotazníkového šetření a jejich interpretaci, Jak je uvedeno výše, bylo osloveno 100 respondentů, policistů v přímém výkonu služby. Návratnost dotazníků byla 83%, tedy 83 dotazníků. 3 dotazníky však pro neúplnost a nesprávnost vyplnění byly z výsledného vyhodnocení vyřazeny, a tak jsou výsledky zpracovány z celkového počtu 80 dotazníků, tvořících 80% z oslovených 100 respondentů.

Pro lepší názornost a přehlednost jsme zvolili následující postup:

1. zobrazení výsledků průzkumu
2. ověření předpokladů průzkumu

3.5.3 Výsledky průzkumu

V této části textu bude následovat prezentace jednotlivých tematických celků a k nim přiřazených konkrétních otázek a odpovědí z vypracovaného dotazníku, které budou prezentovány pomocí grafů, místy tabulek a ve většině případů doplněné o sumarizace autora, které pro něj z jednotlivých odpovědí vyplynuly.

V grafickém znázornění vždy naleznete duplicitně uvedenou předmětnou otázku. Legendou bodu jednotlivé odpovědi, které se naprosto shodují s odpověďmi, uvedenými v dotazníku. Většina grafů je pro dobrou orientaci k procentuálním podílům znázorněna v tzv. „3D koláči“, ve kterém jsou jednotlivé barevně odlišné výseče od sebe oddělené. Na horní hraně výseče je vždy uvedeno číslo, které odpovídá počtu policistů, kteří tuto odpověď v dotazníku označili. Dva z následujících grafů (otázky č. 10 a 17) jsou přehledně upraveny se stejnými funkčními parametry, jako ostatní grafy do formátu válcových sloupců, jež jsou v obou případech pro názornost doplněné tabulkou.

Výsledky jsou podle čísel otázek z vypracovaného dotazníku řazeny nepravidelně. Jejich řazení jsme uzpůsobili pěti okruhům, z nichž každý má svou specifickou a vede k určitým zjištěním. Tři baterie otázek jsou velmi zásadní, jelikož mapují výsledky, které spějí k potvrzení či vyvrácení základních předpokladů. Rozdělení vypadá takto:

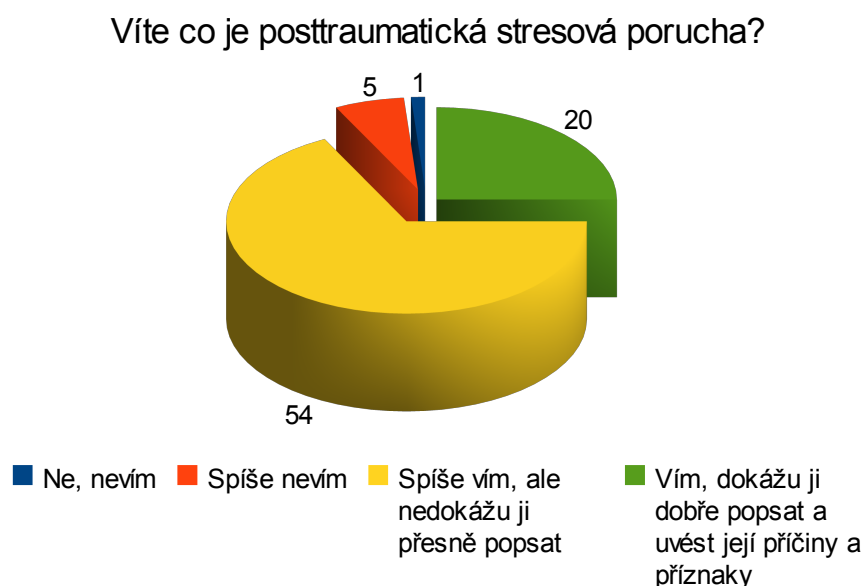
- **Zásadní poznatky a informovanost** otázky č. 1, 4, 5, 6, 7, 9
- **Psychologická péče Policie ČR** otázky č. 3, 8, 12, 14
- **Traumatické události** otázky č. 10, 11
- **Osobní zkušenosti** otázky č. 2, 13, 15
- **Osobní postoje policistů** otázky č. 16, 17

Co se týče vztahu teoretické a praktické části, tak v případě zásadních poznatků se většinou držíme teorií traumatu a posttraumatické stresové poruchy (kap. 2.3 a 2.5). Stejně tak je tomu i v případě ostatních okruhů, s výjimkou psychologické péče Policie ČR, kde jsme zhodnotili rozpracování kapitoly o krizové intervenci (kap. 2.6).

3.5.3.1 Zásadní poznatky a informovanost

V této části se nachází prezentace výsledků otázek, které směřovali ke zmapování míry zásadních poznatků policistů v dané problematice. V tomto směru jsme se také pokusili zjistit, zda a jakým způsobem jsou s problematikou policisté seznamováni.

Otázka označená v dotazníku jako č. 1 **Víte, co je posttraumatická stresová porucha?**



Graf 3.5: Odpovědi respondentů na otázku č. 1

Z údajů v grafu č. 3.5 je patrné, že s pojmem posttraumatická stresová porucha se většina respondentů již někdy setkala. 25% respondentů (20) dokonce uvedlo, že tuto poruchu dokáží dobře popsat a uvést její příčiny a příznaky. Jestli je tomu tak opravdu, zhodnotíme dále po vyhodnocení otázek č. 4, 6 a 9. To, že o této poruše většina respondentů něco ví, nebo o ní slyšela, dokresluje 67,5% respondentů (54), kteří uvedli, že spíše ví, co je posttraumatická stresová porucha, ale nedokáží ji přesně popsat. Toto zjištění můžeme pro průzkum hodnotit jako pozitivní, protože dále budeme pracovat s výsledky, které nám napoví, kolik tohoto respondentů o poruše ví opravdu. Pozitivní zjištění je také, že pouze jediný respondent uvedl, že neví, co posttraumatická stresová porucha je. Po vzoru Dismana

(2002, s. 59), kdy jen menšina respondentů na absolutně smyšlenou otázku dokázala odpovédět nevím, i toto zjištění musíme brát s rezervou. Jeho validitu budeme potvrzovat v konfrontaci s otázkami 4, 6 a 9 až při hodnocení předpokladů.

Než jsme se v průzkumu začali zajímat o výsledky základních poznatků, které respondenti o posttraumatické stresové poruše mají, zajímalo nás, zda s tímto pojmem byli někdy seznámeni. Zejména nás zajímalo, zda byli seznámeni z iniciativy zaměstnavatele, tedy Policie České republiky, která by měla zajistit, aby každý policista věděl o všech hrozbách, které mu jeho profese může přinést. K tomuto zjištění byla zpracována otázka č. 5. Pro úplnost údajů byla vypracována ještě otázka č. 7, která je zaměřena na skutečnost, mapující, zda byli policisté seznámeni s pojmem i mimo působnost policie, zejména na určitých druzích vzdělávacích zařízení.

Otázka označená v dotazníku jako č. 5 **Byl/a jste někdy s pojmem posttraumatická stresová porucha, během svého působení u Policie ČR, seznámen/a?**

Byl/a jste někdy s pojmem posttraumatická stresová porucha, během svého působení u Policie ČR seznámen/a?



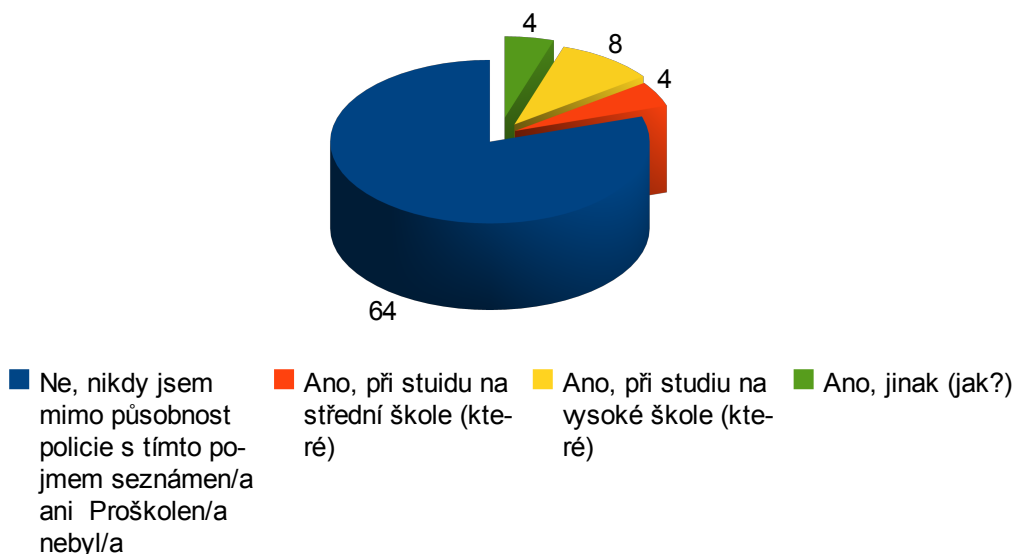
Graf 3.6: Odpovědi respondentů na otázku č. 5

Výsledky znázorněné v grafu č. 3.6 hovoří o tom, že 32,5% respondentů (26) nebylo nikdy v rámci svého působení u Policie České republiky seznámeno s

pojmem posttraumatické stresové poruchy. Toto zjištění je vcelku alarmující a zarážející. Lze tak předpokládat, že u těchto policistů se během jejich působení u policie nikdo nepostaral o to, aby znali zásadní riziko své profese. Ostatní respondenti uvádějí, že s pojmem byli během svého působení u policie, některým z dalších způsobů, seznámeni. Neuspokojující je pak ale zjištění, že celých 47,5% policistů (38) uvedlo, že byli seznámeni je formou tištěných letáků, či brožur. Pouhých 15% respondentů (12) uvedlo, že byli s pojmem seznámeni kompetentním odborným pracovníkem policie. Posledních 5% policistů (4) uvedlo odpověď, že byli seznámeni jinak. Ve dvou případech se vyskytla doplňující odpověď, že byli seznámeni v rámci základní odborné přípravy, což bychom mohli hodnotit jako seznámení kompetentním a odborným pracovníkem, a to stejně jako u další odpovědi, kde bylo uvedena Střední policejní škola Teplice. V jediné doplňující odpovědi, která se vyjímal, respondent uvedl, že byl seznámen filmem, což nám přijde krajně nepravděpodobné, jelikož existence produkce, která by měla téma posttraumatické stresové poruchy osvětlovat a byla vyhotovena ve spolupráci s Ministerstvem vnitra, nebo policií, nemáme informace.

Otázka označená v dotazníku jako č. 7 **Byl/a jste někdy s pojmem posttraumatická stresová porucha seznámen/a mimo působnost Policie ČR?**

Byl/a jste někdy s pojmem posttraumatická stresová porucha seznámen/a mimo působnost Policie ČR?



Graf 3.7: Odpovědi respondentů na otázku č. 7

Touto otázkou, jejíž výsledky jsou znázorněny v grafu č. 3.7 jsme chtěli dokreslit tematickou oblast, která by vykrývala možnosti, kde všude mohli být respondenti s pojmem posttraumatická stresová porucha seznámeni. Vzhledem k odbornosti a specifičnosti tématu posttraumatické stresové poruchy je zjištění, že 80% respondentů (64) nebylo nikdy mimo působnost policie s tímto pojmem seznámeno, předpokládaným. 5% policistů (4) uvedlo, že byli s tímto pojmem seznámeni na střední škole, ale žádný z nich neuvedl do doplňující odpovědi na které. Posledních 10% policistů (8) uvedlo, že s tímto pojmem bylo seznámeno při studiu na vysoké škole, kdy nejčastěji byla jmenována Technická univerzita v Liberci v pěti případech. Dále byly po jednom případě jmenovány Policejní akademie a Právní akademie. V jednom případě respondent doplňující odpověď neuvedl. 5% policistů (4) uvedlo, že bylo seznámeno jinak, ale žádný z nich neuvedl konkrétní doplňující odpověď.

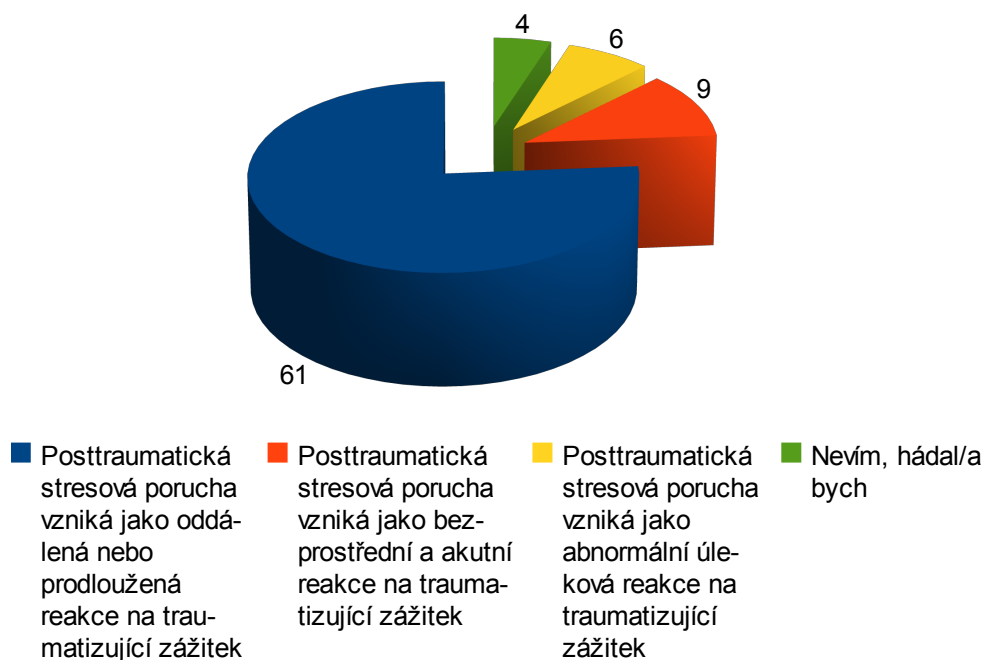
Vyhodnocením této otázky jsme splnili jeden z dílčích cílů, jehož finálním zjištěním mělo být, zda byli policisté s problematikou posttraumatické stresové poruchy seznámeni mimo působnost Policie ČR. Můžeme říct, že až na velké výjimky studentů Technické univerzity, policisté s tímto pojmem mimo rezort seznámeni nebyli a to v 80%.

Nyní se znovu vracíme k mapování základních znalostí policistů v okruhu posttraumatické stresové poruchy. Po prostudování odborné literatury a vytvoření teoretického základu v kapitole 2.4, jsme vybrali tři zásadní poznatky o uvedené poruše, které by měly být asi tím minimem, co by měl policista znát. Obzvlášť pokud v první otázce tvrdil, že poruchu zná a dokáže její aspekty popsat.

Do již zmíněných otázek č. 4, 6 a 9 jsme zakomponovali poznatky, zachycující definici vzniku PTSD, její hlavní příznak a kritické období jejího vzniku. Následně budeme tyto otázky chronologicky popisovat, abychom získali kompletní přehled pro ohraničení prvního předpokladu této práce.

Otázka označená v dotazníku jako č. 4 **Jak podle vás posttraumatická stresová porucha vzniká.**

Jak podle vás posttraumatická stresová porucha vzniká

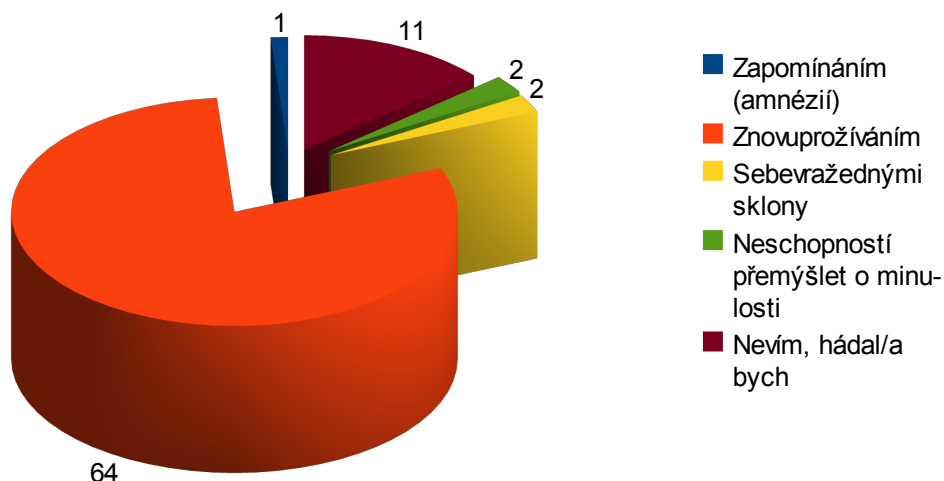


Graf 3.8: Odpovědi respondentů na otázku č. 4

V případě odpovědí jsme jako správnou hodnotili pouze první, v grafu č. 3.8 vymezenou modrou barvou, jež je citovanou frází z kapitoly o vzniku posttraumatické stresové poruchy podle profesorky Vágnerové (2008, s. 437). Tuto odpověď označilo 76,25% policistů (61), což pro nás bylo velmi kladné zjištění. Druhá odpověď byla formulována bez úmyslných vazeb na určitou definici, ale zaměřenou tak, aby se podobala popisu pojmu akutní reakce na stres. Tuto odpověď označilo 11,25% respondentů (9). Třetí odpověď byla formulována jako holá smyšlená fráze, ve které byl kladen důraz na slova úlek a slovo abnormální reakce, která s posttraumatickou stresovou poruchou v odborné sféře příliš nevážeme. Zde označilo odpověď 7,5% policistů (6). Zbýlých 5% uvedlo, že neví, jaká odpověď by mohla být správná. Jednalo se tedy o 4 policisty. Lze tedy konstatovat, že 76,25% odpovědí bylo správných (61) a 23,75% bylo nesprávných (19).

Otázka označená v dotazníku jako č. 6 **Čím je podle vás posttraumatická stresová porucha nejvíce typická**

Čím je podle vás posttraumatická stresová porucha nejvíce typická?

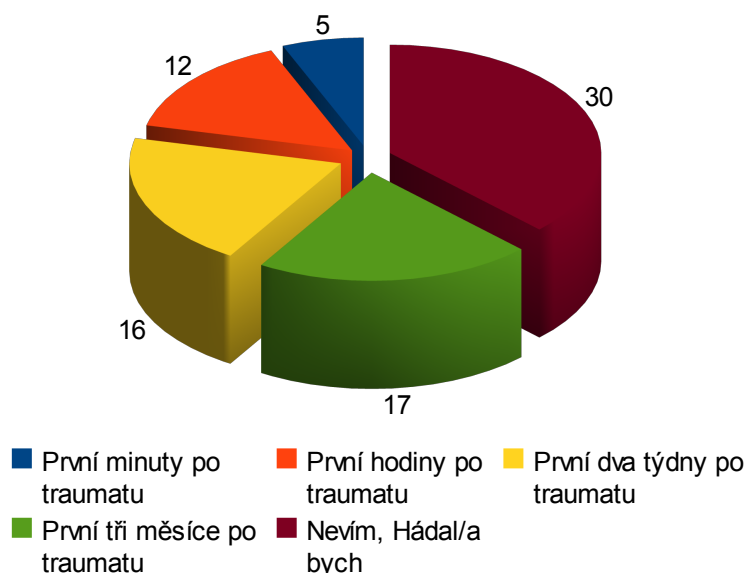


Graf 3.9: Odpovědi respondentů na otázku č. 6

V případě otázky č. 6 jsme z pěti odpovědí hodnotili jako správnou pouze druhou odpověď, v grafu č. 3.9 označenou oranžovou výsečí. Tato doplňuje odpověď, že posttraumatická stresová porucha je nejvíce typická *znovuprožíváním*. Tuto odpověď označilo 80% respondentů (64), což bylo znovu pozitivní zjištění, avšak velmi otřásl v základech s tvrzením prvního předpokladu. Formulace ostatních odpovědí byla zvolena náhodně, kdy se v některých případech může jednat o příznaky poruchy, avšak v žádném případě je nelze předpokládat jako nejvíce typické. Odpověď *zapomínáním (amnésií)* označil jediný respondent s podílem 1,25%. Odpověď *sebevražednými sklony* označili shodně jako odpověď *Neschopností přemýšlet o minulosti* vždy 2 respondenti u každé odpovědi s podílem 2,5%. Poslední odpověď, kde respondent uvádí, že neví, která z odpovědí může být správná, označilo 13,75% policistů (11). Celkově lze tedy shrnout, že 80% policistů odpovědělo správně (64) a zbylých 20% nesprávně (18).

Otázka označená v dotazníku jako č. 9 **Jaké je podle vás kritické období pro vznik posttraumatické stresové poruchy po prožitém traumatu?**

Jaké je podle vás kritické období pro vznik posttraumatické stresové poruchy po prožitém traumatu?



Graf 3.10: Odpovědi respondentů na otázku č. 9

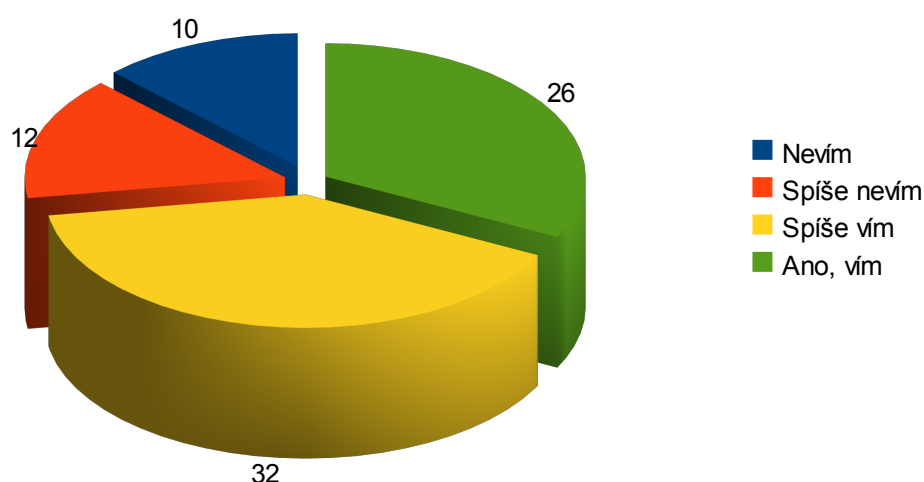
V této otázce jsme vymezili několik časových údajů, které znázorňovali možnosti vymezení kritického období pro vznik posttraumatické stresové poruchy. Za jedinou správnou odpověď, v grafu č. 3.10 vymezenou zelenou barvou, byla vzata možnost období *první tři měsíce po traumatu*. Vzhledem k ostatním možnostem byla tato brána jako správná z důvodu, že přesně o tomto období hovoří Vágnerová (2008, s. 437). Ostatní zmíněné možnosti nepřesahují jeden měsíc, který je dle odborné literatury vymezen pro možnost diagnózy této poruchy. Správnou odpověď, *první tři měsíce po traumatu*, označilo pouze 17 respondentů tvořících 21,25%. Tento výsledek nahrává domněnkám o jakési „loterii“ v otázce č. 4, kde 76,25 respondentů suverénně odpovědělo, že jde o oddálenou nebo prodlouženou reakci a v případě této odpovědi nevědí, o jak dalece oddálenou, či prodlouženou reakci může jít. Odpověď, že kritickým obdobím jsou *první dva týdny po traumatu*, která se ještě může zdát jako blízká oné oddálené a prodloužené reakci, označilo rovných 20% respondentů (16). Odpověď *první minuty po traumatu*

označilo 6,25% respondentů (5) a odpověď *první hodiny po traumatu* pak celých 15%, jež tvořilo 12 odpovídajících policistů. 37,5% policistů (30) nevědělo, nebo nedokázalo odhadnout, jaké ono kritické období pro vznik poruchy může být a označili odpověď *nevím, hádal/a bych*.

3.5.3.2 Psychologická péče policie ČR

Otázka označená v dotazníku jako č. 3 **Víte, kde je možné hledat konkrétní, odbornou a specializovanou pomoc při přetrvávajících následcích stresové nebo traumatické události?**

Víte, kde je možné hledat konkrétní, odbornou a specializovanou pomoc, při přetrvávajících následcích stresové nebo traumatické události?

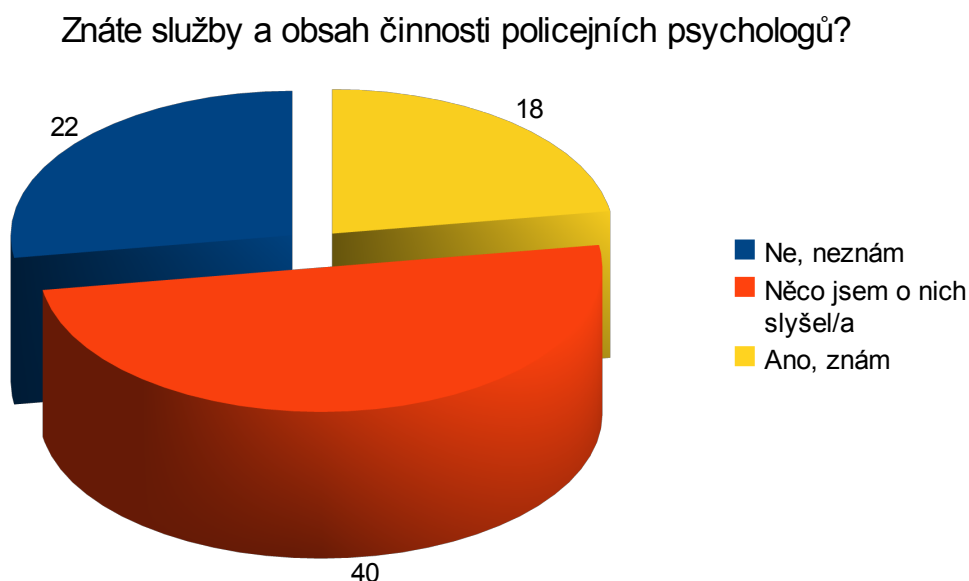


Graf 3.11: Odpovědi respondentů na otázku č. 3

Touto otázkou graficky znázorněnou v grafu č. 3.11 začíná mapování znalostí respondentů, vztahující se k jejich vědomostem o vyhledání a poskytování konkrétní odborné pomoci, při přetrvávajících obtížích po dlouhodobé stresující události nebo prožitém traumatu. Výsledky otázky č. 3 jsou základním kamenem pro výsledná zjištění a interpretaci předpokladu č. 2. V této otázce odpovědělo 12,5% policistů (10), že neví, kde by konkrétní pomoc hledalo a 12 policistů, tedy 15% to spíše neví. Odpověď *spíše vím* označilo 40% respondentů (32), kdy se lze domnívat, že nějakou konkrétní pomoc znají. Posledních 32,5% policistů (26) se nás odpovědí, *ano, vím*, snaží utvrdit v tom, že opravdu konkrétní pomoc znají.

Na dalších stranách budou mapovány otázky č. 8, 12 a 14, které přímo souvisejí šetřením předpokladu č. 2 a jsou pro daný okruh otázkami velmi směřodatnými. Jsou promítnutím posledních kapitol teoretické části, kde jsme se zabývali psychologickou péčí v Policii ČR.

Otázka označená v dotazníku jako č. 8 **Znáte služby a obsah činnosti policejních psychologů?**



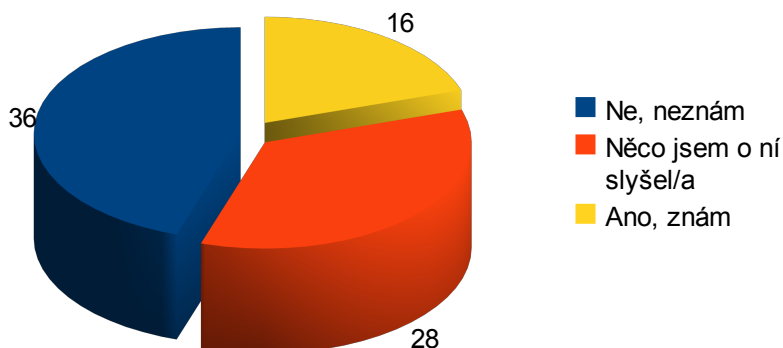
Graf 3.12: Odpovědi respondentů na otázku č. 8

Z údajů v grafu č. 3.12 je patrné, že velká většina policistů o službách a pracovní náplni policejních psychologů buď něco slyšela, nebo je dokonce konkrétně zná. Naopak jen 27,5% respondentů (22) uvedlo, že tyto služby nezná. Celá polovina odpovídajících policistů (40) uvedla, že o službách policejních psychologů něco slyšela a 22,5% respondentů (18) dokonce tvrdí, že obsah jejich činnosti a služby zná.

U respondentů, kteří tvrdí, že o službách a obsahu činnosti policejních psychologů slyšeli se však nemůžeme přesvědčit, že je znají z toho správného pohledu psychologické pomoci. V kapitole 2.5.2.3 jsme uvedli, že působnost policejních psychologů se rozvíjením forenzních a kriminologických disciplín stále širší. I když v úvodu dotazníku zmíněno, že daný průzkum se týká posttraumatické stresové poruchy, takže by riziko, že respondenti svou odpověď zamýšlejí např. vyjednávače, grafologa, personalistu nebo preventistu, nemělo být nijak vysoké.

Otázka označená v dotazníku jako č. 12 **znáte anonymní telefonní linku pomoci v krizi?**

Znáte anonymní telefonní linku pomoci v krizi?

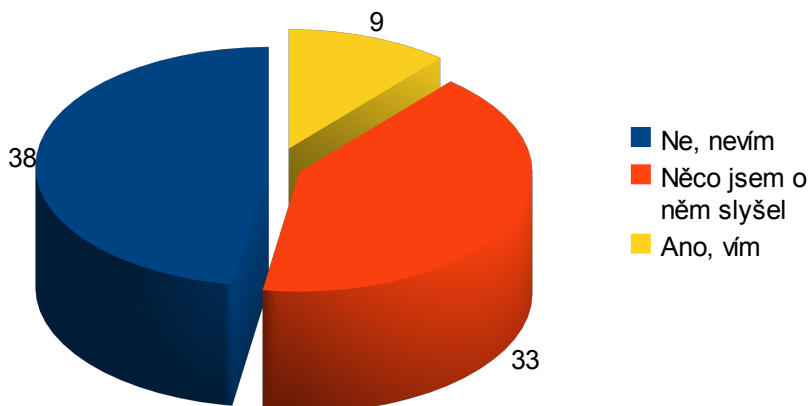


Graf 3.13: Odpovědi respondentů na otázku č. 12

Z grafu č. 3.13 vychází zjištění, že o anonymní telefonní lince pomoci v krizi minimálně slyšelo více jak polovina respondentů. Na druhou stranu tento konkrétní druh odborné pomoci nezná celých 45% odpovídajících policistů (36), což je výrazné negativum. O lince něco alespoň slyšelo 35% policistů (28) a 20%, tedy 16 policistů tvrdí, že tuto odbornou linku zná. To je velmi málo.

Otázka označená v dotazníku jako č. 14 **Víte, co je Tým posttraumatické intervenční péče (PIP)?**

Víte co je to Tým posttraumatické intervenční péče (PIP)?



Graf 3.14: Odpovědi respondentů na otázku č. 14

I v této otázce, jejíž výsledky jsou znázorněny v grafu č. 3.14 odpověděla více jak polovina respondentů, že o tomto druhu odborné pomoci minimálně slyšeli. 47,5% odpovídajících policistů (38) však znovu, jako v předchozí otázce, vůbec neví, čím jmenovaný tým je. O této službě dle průzkumu něco slyšelo 41,25% respondentů (33) a dalších 11,25% respondentů (9) tuto službu dokonce dobře zná.

Z výsledků tří předešlých otázek opravdu vyplývá, že neinformovanost policistů je velmi vysoká. Hodně nás to zaskočilo už proto, že většina psychologických pracovišť deklaruje, že se o možné pomoci můžete dočíst na intranetových stránkách jednotlivých krajských ředitelství policie. Pro osobní empirii tak provedli pokus, jehož zjištěním bylo, že na webových stránkách intranetu Krajského ředitelství policie v Liberci i územního odboru Liberec nejsou psychologické služby k dohledání. Nenašli jsme se. Možná je tak zdroj neinformovanosti i zde

3.5.3.3 Traumatické události

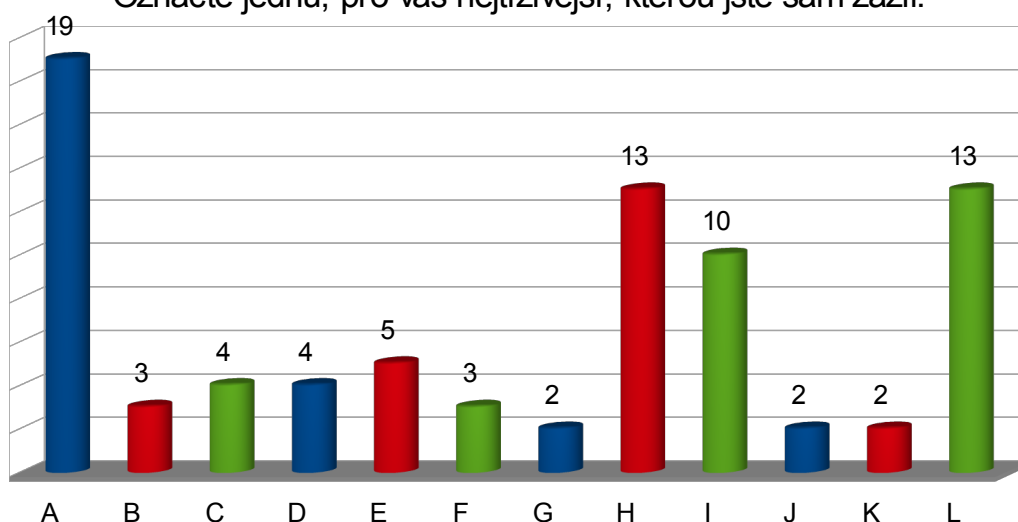
Než li začneme popisovat poslední baterii otázek, která se bude týkat závěrečného, třetího předpokladu této práce, uvedeme výsledky druhého dílčího cíle. Zde jsme si dali za úkol zjistit, kterou z dosud prožitých situací považují policisté za netíživější. Pro příklad situací jsme si vybrali výčet, který poskytuje Vymětal (2010, s. 32) na stránkách brožury, která je za účelem osvěty věnovaná přímo policistům. Titulní stranu tohoto materiálu, nazvaného *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*, jsme pro ilustraci umístili do přílohy č. 4. Lehce se v situacích zorientujeme a pokusíme se navázat otázkou, kterou jsme odpovídajícím policistům v dotazníku položili záhy. Zajímalo nás, zda na nich tato stresogenní situace nezanechala nějaké následky, popřípadě, jestli se s nimi dobře vyrovnali.

Víceméně neočekáváme, že by se v tomto ohledu i přes absolutní anonymitu, někdo z policistů přiznával k tomu, že má nějaký problém, spíše by to pro nás bylo překvapením. Otázky by jinak určitě mohly být počátkem mapování síly copingových strategií policistů.

Otázka označená v dotazníku jako č. 10 **Níže je uvedeno několik situací, kterými jste během své služby mohli již projít. Označte jednu, pro vás nejtíživější, kterou jste sám/a zažil/a.**

Graf 3.15: Odpovědi respondentů na otázku č. 10

Níže je uvedeno několik situací, kterými jste během své služby mohli projít. Označte jednu, pro vás nejtíživější, kterou jste sám zažil.



V grafu č. 3.15 jsou jednotlivé situace označeny písmeny A–L, kdy jde o 11 konkrétních situací a jednu možnost, kde dotazovaný policista mohl uvést, že žádnou z jedenácti uvedených, doposud neprošel (L). Pro přehlednost přiřadíme v tabulce k jednotlivým písmenům konkrétní situace, k nimž v následných sloupcích uvedeme za prvé počet odpovědí a za druhé procentuální poměr dané odpovědi (%) z celkových 80 odpovídajících policistů.

Tabulka 3.3: Vyhodnocení odpovědí otázky č. 10

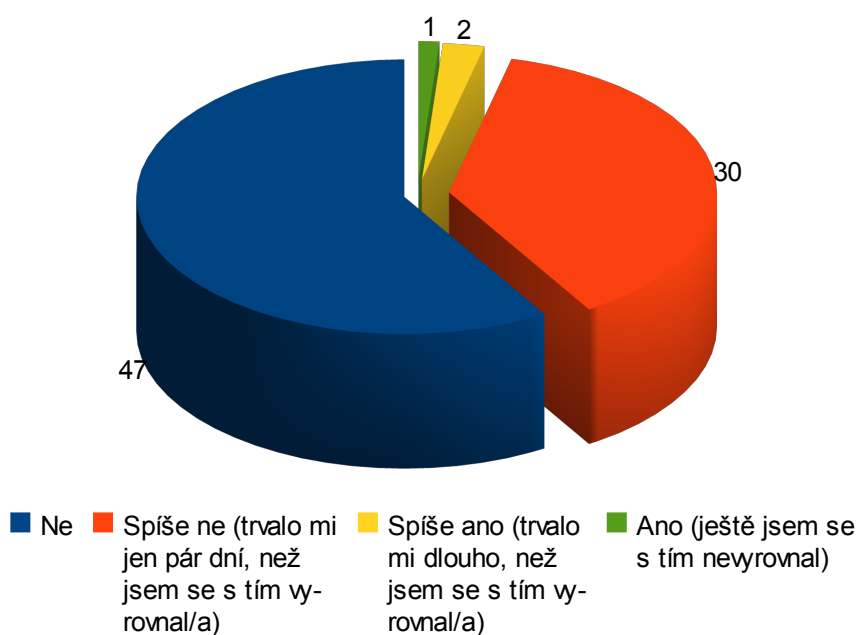
ODPOVĚDI			(%)
A	Sám/a jsem byl/a v ohrožení vlastního života nebo zdraví	19	23,75
B	Byl/a jsem svědkem, kdy byl kolega v ohrožení života	3	3,75
C	Použil/a jsem při služebním zákroku služební zbraně	4	5
D	Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu kruté smrti	4	5
E	Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu vážného zranění	5	6,25
F	Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu sebevraždy	3	3,75
G	Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu hromadného neštěstí	2	2,5
H	Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu úmrtí dítěte	13	16,25
I	Musel/a jsem sdělit zprávu o úmrtí	10	12,5
J	Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu bezmocnosti oběti trestného činu	2	2,5
K	Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu jiné bezmocnosti obětí	2	2,5
L	Žádnou ze situací jsem nikdy neprožil/a	13	16,25

Z údajů v tabulce 3.3, graficky znázorněné v grafu č. 3.15 je patrné, že nejčastější prožitou situací, kterou odpovídající policisté považují za nejtěživější, je ohrožení jejich vlastního života nebo zdraví. Toto zjištění bylo téměř předpokládané a daná odpověď se při vyhodnocování objevila v 19 případech, jež tvořilo 23,75% všech odpovědí. Druhým nejčastěji zmiňovaným případem byla přítomnost při vyšetřování případu úmrtí dítěte, jež bylo zastoupeno ve 13 případech tvořících 16,25%. Tuto odpověď jsme moc nečekali, ale je pravda, že v odborné literatuře je tato skutečnost hojně popisována. 12,5% policistů (10) zmínilo, že nejtěživější situace, kterou doposud v policejní praxi prošli, bylo sdělení zprávy o úmrtí. Tato situace byla zmiňována jako třetí nejčastější. Další odpovědi se objevovaly v rozptýlu mezi 2 až 5 odpověďmi. Překvapivým zjištěním bylo, že 16,25

procent odpovídajících policistů (13) žádnou z uvedených situací ve své praxi neprožilo. Toto lze však brát i jako pozitivum. Tímto výčtem jsme tak splnili druhý dílčí cíl. Konstatujeme tedy, že z vyjmenovaných jedenácti situací považují policisté za nejtěživější ohrožení vlastního života, přítomnost při vyšetřování smrti dítěte nebo sdělení zprávy o úmrtí.

Otázka označená v dotazníku jako č. 11 **Zanechala ve vás tato situace (otázka č. 10) nějaké negativní následky?**

Zanechala ve vás tato situace (otázka č. 10) nějaké negativní následky?



Graf 3.16: Odpověď respondentů na otázku č. 11

Z výsledků otázky č. 11, graficky znázorněných v grafu č. 3.16, je možné se domnívat, že u odpovídajících policistů fungují jejich copingové strategie správně a jsou dostatečně posílené. Do odpovědi *Ne*, uvádějící, že daná situace na policistovi nezanechala žádné negativní následky, jsme zahrnuli pro snadnější orientaci i zmíněných 13 policistů, kteří žádnou ze situací neprožili. Celkově tak tato skupina čítá 47 policistů tvořících podíl 58,75%. Odpověď *spíše ne (trvalo mi pár dní, než jsem se s tím vyrovnal/a)*, označilo 37,5% odpovídajících policistů (30).

Upřímně nás však překvapily tři poslední odpovědi. Určité déletrvající následky v odpovědi *spíše ano (trvalo mi dlouho, než jsem se s tím vyrovnal/a)*,

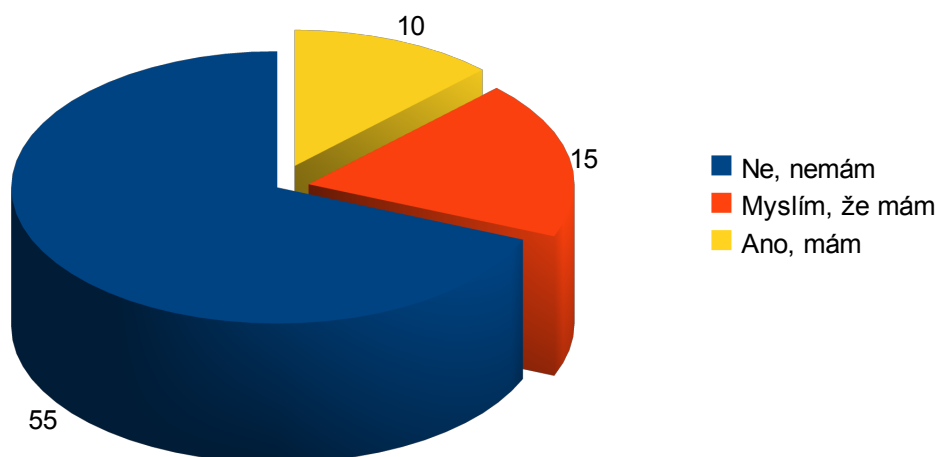
potvrdili 2 policisté v podílu 2,5%. Největším překvapením, ale také velikým negativem bylo zjištění, že 1 policista se s danou situací doposud nevyrovnal. Jeho podíl na celku tvořil 1,25%. Pokud tedy vezmeme v potaz, že některou situací, jmenovaných v otázce č. 10 prošlo 67 policistů, tak 3 policisté, kteří uvedli, že pociťovali nebo dokonce ještě dnes pociťují negativní následky této situace, tvoří z tohoto celku přibližně 4,5% (4,4776...).

3.5.3.4 Osobní zkušenosti policistů

Abychom naplnili průzkum mapující i předpoklad č. 3, budeme se dále zabývat výsledky otázek č. 2, 13 a 15, které nám napomohou zjistit, zda mají odpovídající policisté osobní zkušenost s někým ze svého okolí, kdo byl nebo mohl být postižen posttraumatickou stresovou poruchou.

Otázka označená v dotazníku jako č. 2 **Máte osobní zkušenost s někým ve svém okolí (pracovním i osobním), kdo je nebo byl postižen posttraumatickou stresovou poruchou?**

Máte osobní zkušenost s někým ve svém okolí (pracovním i osobním), kdo je nebo byl postižen posttraumatickou stresovou poruchou?



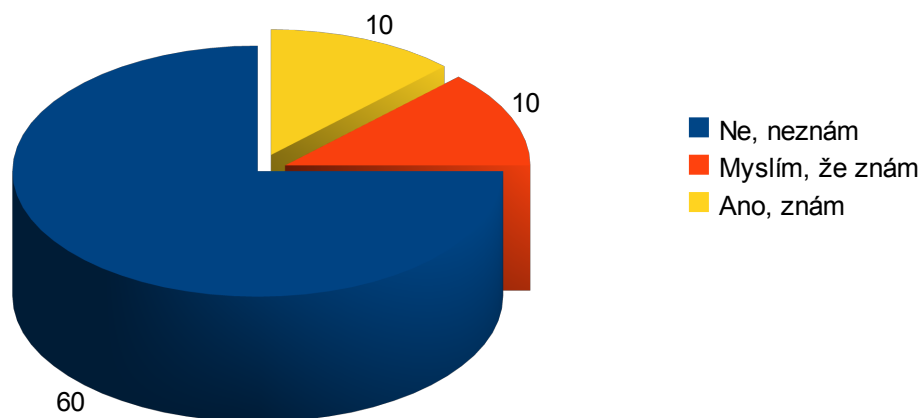
Graf 3.17: Odpověď respondentů na otázku č. 2

Z údajů v grafu č. 3.17 je patrné, že 68,75% odpovídajících policistů (55) nemá osobní zkušenost s nikým ze svého okolí, kdo je nebo byl postižen posttraumatickou stresovou poruchou. Dalších 18,75% policistů (15) se domnívá, že ve svém okolí znají osobu, která touto poruchou postižena je nebo byla. Zbýlých 10 deset policistů uvádí, že určitě znají osobu, která je nebo byla posttraumatickou stresovou poruchou postižena. Tito policisté tvoří 12,5% z celku. Lze se tak domnívat, že všech 25 policistů zná ve svém okolí osobu, která vykazuje či vykazovala příznaky posttraumatické stresové poruchy, tedy déledobé psychické

potíže, jako následek prožité traumatizující události, nebo dlouhodobého stresu. Tito policisté tvoří 31,25% všech odpovídajících policistů.

Otázka označená v dotazníku jako č. 13 **Znáte nějakého kolegu, který byl vystaven dlouhodobému stresu nebo traumatizující události, která by na něm zanechala výrazně negativní následky, trvající i několik měsíců?**

Znáte nějakého kolegu, který byl vystaven dlouhodobému stresu nebo traumatizující události, která by na něm zanechala výrazně negativní následky, trvající i několik měsíců?



Graf 3.18: Odpovědi respondentů na otázku č. 13

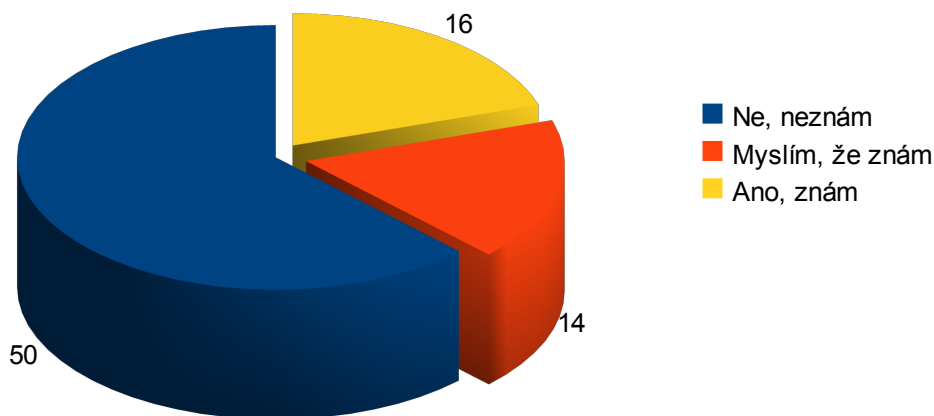
Tato otázka byla na rozdíl do předchozí (otázka č. 2) zaměřena pouze na pracovní okolí policistů a mapovala skutečnost, jestli odpovídající policisté znají nějakého kolegu, který vykazuje dlouhodobé nevyrovnání se s prožitou, tíživou situací, kdy potíže pozorují i několik měsíců po události. V tomto případě jsme chtěli zachovat ono diagnostické kritérium, které uvádí, že posttraumatická stresová porucha lze diagnostikovat pouze v případě, že dané obtíže, projevy, přetrvávají u jedince déle než jeden měsíc a je tak možné se domnívat, že daný kolega je nebo byl touto poruchou ohrožen.

Výsledky graficky znázorněné v grafu č. 3.18 hovoří o tom, že 75% odpovídajících policistů (60) žádného takového kolegu nezná. Toto můžeme brát jako velmi pozitivní zjištění, avšak ne příliš uspokojivé, když bychom vzali pouze v úvahu, že zbylých 25% takto postiženého kolegu zná. Každou další odpověď označilo vždy 10 policistů, kteří tedy ve stejném rozsahu, tedy vždy ve 12,5% uvedli,

že se domnívají, že takto postiženého kolegu znají, nebo v druhém případě, že jsou si jistí. Ti odpověděli označením odpovědi, *Ano, znám*.

Otázka označená v dotazníku jako č. 15 **Znáte někoho ve svém okolí (mimo pracovního), kdo byl vystaven dlouhodobému stresu nebo traumatizující události, která by na něm zanechala výrazně negativní následky, trvající i několik měsíců?**

Znáte někoho ve svém okolí (mimo pracovního), kdo by byl vystaven dlouhodobému stresu nebo traumatizující události, která by na něm zanechala výrazně negativní následky, trvající i několik měsíců?



Graf 3.19: Odpovědi respondentů na otázku č. 15

Na rozdíl od předchozí otázky (otázka č. 13) jsme se zde zabývali širokým okolím policistů se zaměřením na mapování stejné skutečnosti, jako u předchozí otázky. Chtěli jsme se zaměřit spíše na osobní, soukromé okolí policistů, vyloučit tedy pracovní, mapované v otázce předchozí. Málem se nám to nešťastným formulováním otázky nemuselo nepodařit. Zachránil nás předvýzkum, kde si tohoto prvních pět respondentů všimlo a na nesrozumitelnost a zřejmou chybu upozornili. Závorka, která se v otázce nachází, je tak doplněním, které vzniklo v době předvýzkumu.

Výsledky otázky č. 15, které jsou graficky zpracovány do grafu č. 3.19, vypovídají o tom, že 62,5% odpovídajících policistů (50) nezná žádnou osobu ve svém okolí, na které by pozorovali déletrvající obtíže, zaviněné nezpracováním

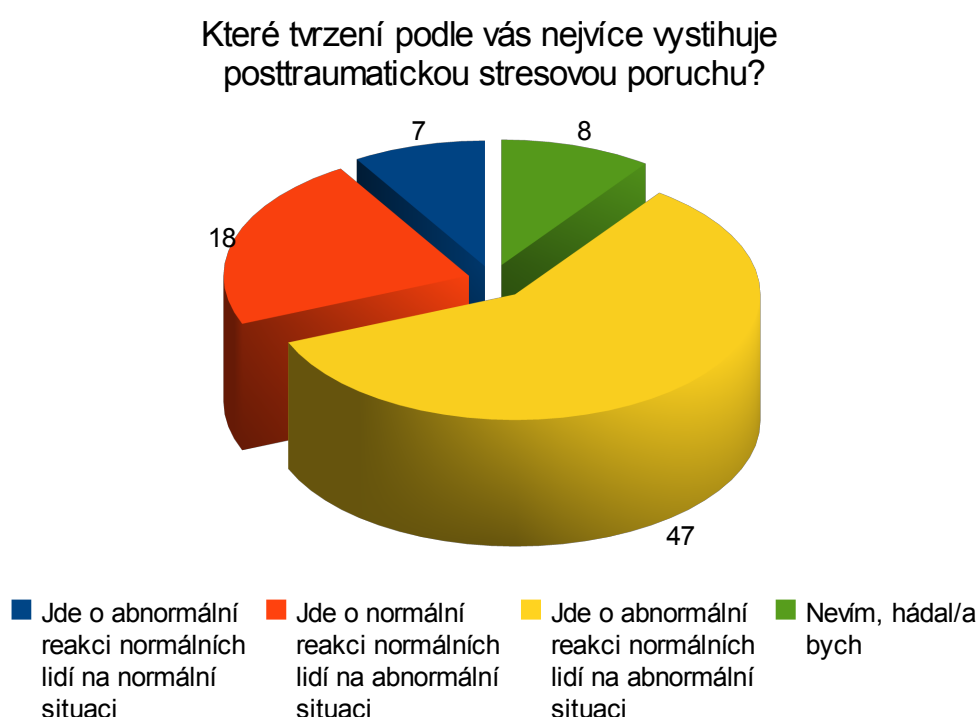
dlouhodobého stresu, nebo prožité traumatizující události, jež by trvaly i několik měsíců. Toto zjištění lze brát také jako pozitivní, i když oproti otázce č. 13 došlo v tomto případě k poklesu. Dalších 17,5% policistů (14) se domnívá, že takto postiženou osobu ve svém okolí znají. Posledních 20%, tedy 16 odpovídajících policistů si je při odpovědi *Ano, znám*, naprosto jistých, že osobu s rysy, znázorněnými v zadání otázky, ve svém okolí znají. Oproti výsledkům v otázce č. 13 došlo v tomto ohledu k nárůstu. V odpovědi *Myslím, že znám* došlo k nárůstu z 12,5% na 17,5%, tedy o 5%, které tvoří 5 odpovídajících policistů. V odpovědi *Ano, znám*, došlo k nárůstu z 12,5% na 20%, tedy z 10 odpovídajících policistů na 16.

Dle našeho názoru se lze domnívat, že vždy, když respondent v předešlých třech otázkách odpověděl minimálně, že se domnívá, že popisovanou osobu ve své blízkosti zná, tak se mu vybavila konkrétní tvář s konkrétními potížemi.

3.5.3.5 Osobní postoje policistů

Poslední dvě otázky 16 a 17 znovu nejsou součástí žádné baterie, která by se zabývala mapováním určitého předpokladu celé práce, jsou však pro její pojetí velmi důležité, jelikož vedou k utřebení názoru na navrhovaná opatření, která budeme prezentovat dále, v závěru práce.

Otázka označená v dotazníku jako č. 16 **Které tvrzení podle vás nejvíce vystihuje posttraumatickou stresovou poruchu.**



Graf 3.20: Odpověď respondentů na otázku č. 16

V této otázce jsme se chtěli pokusit zmapovat, zda si odpovídající policisté myslí, že projev posttraumatické stresové poruchy je nějakou nenormální (abnormální) reakcí, nebo zda ji považují za normální. Tím, že ji budou považovat za normální se lze domnívat, že připouštějí, že se může stát komukoliv, a jejím projevem nebude docházet k degradaci a stigmatizaci daného jedince. Pro tento účel jsme si propůjčili překlad Schraldiho (2009, s.3) citátu, který o posttraumatické stresové poruše tvrdí, že jde o **normální reakci, normálních lidí na abnormální**

situace. („It is a normal reponse by normal people to an abnormal situation“). Citát zmiňujeme i v kapitole 2.4.2, kde jsme pojem posttraumatické stresové poruchy vymezili. V tomto případě, na rozdíl od otázek č. 4, 6 a 9, jsme si však nedovolili tvrdit, že některá z odpovědí je správná, nebo špatná. Šlo nám pouze o to, zmapovat názor a postoj respondentů k dané problematice. Výstupy jsme pro přehlednost zahrnuli i do tabulky č. 3.4.

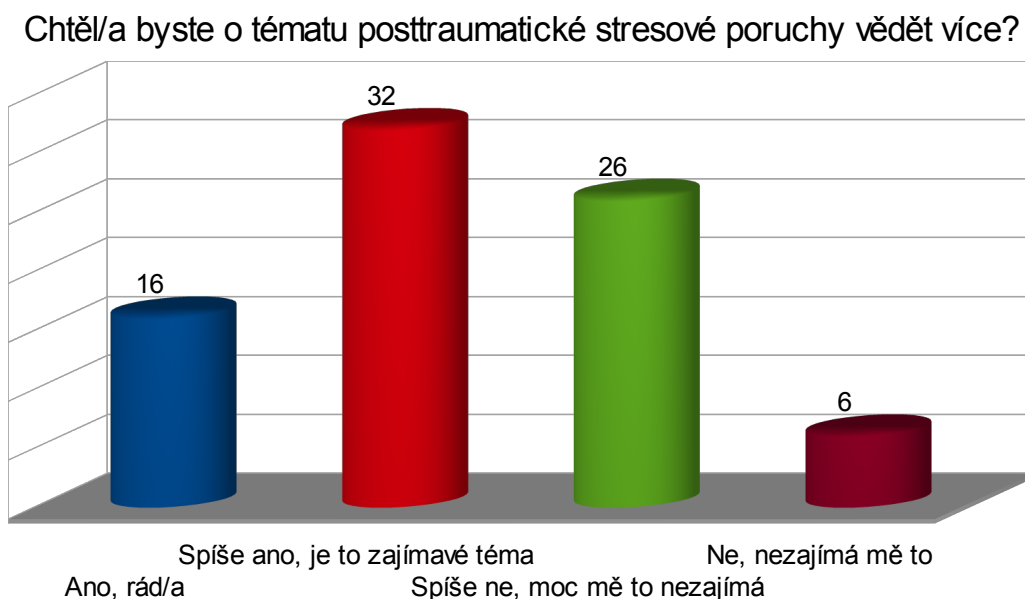
Tabulka 3.4: Vyhodnocení odpovědí otázky č. 16

ODPOVĚDI		(%)
Jde o abnormální reakci normálních lidí na normální situaci	7	8,75
Jde o normální reakci normálních lidí na abnormální situaci	18	22,5
Jde o abnormální reakci normálních lidí na abnormální situaci	47	58,75
Nevím, hádal/a bych	8	10

Z výsledků graficky znázorněných v grafu č. 3.20 a přehledně zobrazených v tabulce č. 3.4, lze vyčíst, že 10% respondentů (8) se na tuto otázku neodvážilo odpovědět a označilo odpověď *nevím hádal/a bych*. Pokud jsme již v textu zmínili blamáž, jakou popisoval Disman, tak můžeme před takovými lidmi jen smeknout. Pokud neví, tak to přiznají. 8,75% respondentů (7) označilo odpověď první, kde je mimo jiné uvedeno, že jde o reakci na normální situaci. Což může vyvolávat domněnku, že tito policisté považují stresogenní a traumatizující události za normální a běžné a předmětnou poruchu jako abnormální reakci na tyto situace. Jejich pohled lze považovat za poněkud zkreslený. Následujících 22,5% policistů (18) se ztotožnilo se Schiraldiho citátem, kdy je cítit, že jsou si vědomi, že situace, které vyvolávají prostředí pro vznik posttraumatické stresové poruchy, nejsou normální a každodenně běžné. To že jde o normální reakci utvrzuje jejich nadhled a povědomí, že porucha může vzniknout u kohokoliv a existují situace, které by dlouhodobé problémy vyvolali téměř u každého. Posledních 58,75% policistů (47) pojalo za správnou odpověď, která se od Schiraldiho pojetí liší tím, že říká, že jde o abnormální reakci. Do jisté míry se s tímto názorem lze ztotožnit, avšak tím říkáme, že je nenormální, když na nás tíživá situace, která by vyvolala pocit tísně téměř u každého, zanechá trvalé následky. Do sorty těchto respondentů bychom mohli zařadit ty, co se obávají

boření mýtu, že *správný policista nesmí projevit slabost a pohnutí ani v situacích, které jinak každým morálním člověkem otřesou*, který jsme podle Baštecké (2005, s. 252) uvedli již v úvodu teoretické části. Proto je toto zjištění a jeho procentuální vyjádření poněkud znepokojující.

Otázka označená v dotazníku jako č. 17 **Chtěl/a byste o tématu posttraumatické stresové poruchy vědět více?**



Graf 3.21: Odpovědi respondentů na otázku č. 17

Z údajů graficky zpracovaných v grafu č. 3.21 lze vyčíst, že více jak polovina respondentů by měla zájem se s tématem posttraumatické stresové poruchy seznámit více. Je možné se domnívat, že v průběhu vyplňování odpovědí v dotazníku se v nich vyseletoval názor, že se jedná o jedno z největších rizik jejich profese, a že o něm zatím moc nevědí. Pouze 7,5 procent policistů (6) toto téma vůbec nezajímá a více by o něm vědět nechtěli. Dalších 32,5% odpovídajících policistů (26) je k dalšímu vědění o tématu skeptická a uvádějí, že je tato problematika příliš nezajímá. Celých 40% policistů (32) však potvrdilo, že jde o téma pro ně zajímavé a s mírným váháním by se o něm rádi dozvěděli více. Posledních 20% policistů (16) projevilo absolutní zájem o další vědění o této poruše. Tyto fakta lze hodnotit jako velmi

pozitivní zjištění, a to hlavně vzhledem k tomu, se jeví jako účelné, se dále tímto tématem zabývat a dospět až k návrhu opatření, která z celku této práce vyplynou.

Tabulka 3.5 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 17

Chtěl/a byste o tématu posttraumatické stresové poruchy vědět více?	(%)	
Ano, rád/a	16	20
Spíše ano, je to zajímavé téma	32	40
Spíše ne, moc mě to nezajímá	26	32,5
Ne, nezajímá mě to	6	7,5

3.6 Ověření předpokladů průzkumu

1. **Předpoklad:** Lze předpokládat, že alespoň 30% respondentů nemá zásadní poznatky, co posttraumatická stresová porucha je.

Ověření předpokladu: Předpoklad byl ověřen jako platný. Kdy rozbořením otázek č. 1, 4, 6 a 9 bylo zjištěno, že 31,25% respondentů opravdu nemá zásadní poznatky o tom, co posttraumatická stresová porucha je, zejména pak, jak vzniká, co je pro ni nejvíce typické a jaké je kritické období pro její vznik. Klíč ke zmapování tohoto předpokladu byl dán tak, že pokud respondent v otázkách č. 4, 6 a 9 odpověděl alespoň ve dvou případech správně, tak bylo předpokládáno, že základní poznatky o této poruše dostatečně projevil. Pokud odpověděl správně pouze v jednom případě nebo dokonce v žádném, tak bylo předpokládáno, že jsou jeho poznatky pro účely průzkumu nedostatečné. V počátku se jevílo, že se náš předpoklad nemůže v žádném případě potvrdit, když v otázce *Jak podle vás posttraumatická stresová porucha vzniká*, byl poměr správných odpovědí 76,25% (61 respondentů) a v otázce *Čím je podle vás posttraumatická stresová porucha nejvíce typická*, tvořil podíl správných odpovědí dokonce 80% (64 respondentů). Pro daný výsledek a potvrzení předpokladu tak byla klíčová otázka č. 9 *Jaké je podle vás kritické období pro vznik posttraumatické stresové poruchy po prožitém traumatu?* Zde odpovědělo správně pouze 21,25% respondentů (17). V otázce č. 1 se mohli respondenti vyjádřit k tomu, zda vědí, co posttraumatická stresová porucha je. V tomto případě uvedlo 25% respondentů (20), že ví, co posttraumatická stresová porucha, dokáže ji dobře popsat a uvést její příčiny a příznaky. Pro podrobné a názorné dokreslení výsledků prvního předpokladu jsme sestavili tabulku č. 3.6, kde jsme znázornili, jak odpovídali respondenti na první otázku a k tomu jsme promítli potvrzení či vyvrácení jejich znalostí zásadních poznatků o poruše. Vše jsme v číselných hodnotách zaznamenali, jak tomu bylo i v předchozích kapitolách a zde jsme navíc přidali přehledně oddělené dílčí celkové výsledky uvedené jak v počtu respondentů, tak v procentuálním poměru.

Tabulka 3.6: Výsledky předpokladu č. 1

Odpovědi na otázku č. 1	poznatky		(%)
Ne, nevím	NE, nemají	0	0
Spiše nevím	NE, nemají	4	5
Spiše vím, ale nedokážu ji přesně pospat	NE, nemají	14	17,5
Vím, dokážu ji dobře popsat a uvést i její příčiny a příznaky	NE, nemají	7	8,75
CELKEM		25	31,25
Ne, nevím	ANO, mají	1	1,25
Spiše nevím	ANO, mají	0	0
Spiše vím, ale nedokážu ji přesně pospat	ANO, mají	40	50
Vím, dokážu ji dobře popsat a uvést i její příčiny a příznaky	ANO, mají	14	17,5
CELKEM		55	68,75

2. Předpoklad: Lze předpokládat, že asi polovina respondentů neví, kde hledat konkrétní pomoc při přetrvávajících následcích stresové situace a možném ohrožení posttraumatickou stresovou poruchou.

Ověření předpokladu: Tento předpoklad se potvrdit nepodařilo. Rozborem otázek č. 3, 8, 12 a 14 bylo zjištěno, že 35% respondentů (28) neví, kde konkrétní pomoc hledat. Nepotvrzením tohoto předpokladu se ukázalo, že jsme k němu přistoupili velmi kriticky. Naše kritičnost byla zapříčiněna domněnkou, že odborná pomoc ze strany Policie ČR, reprezentována činností policejních psychologů, anonymní telefonní linkou pomoci v krizi a Týmem posttraumatické intervenční péče, není v okruhu policistů dostatečně prezentována a osvětlována. V první řadě jsem se v otázce č. 3 zeptali respondentů přímo, zda vědí, kde je možné hledat konkrétní, odbornou pomoc a specializovanou pomoc, při přetrvávajících následcích stresové nebo traumatické události. Na tuto otázku jasnou odpovědí *Ano, vím*, odpovědělo pouze 32,5% respondentů (26). Stejně jako v prvním předpokladu jsme však sestavili klíč, vztahující se k otázkám č. 8, 12 a 14, který měl předpoklad potvrzovat. V těchto otázkách tak byli postupně respondenti dotazováni na znalost služeb a obsah činnosti policejních psychologů, znalost anonymní telefonní linky pomoci v krizi a Týmu posttraumatické intervenční péče (PIP).

Možnosti odpovědí byly tři a ke každé z nich byl takto přisouzen daný počet pomyslných bodů.:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------|
| • Ne, neznám | = | 0 bod |
| • Něco jsem o nich (ní/něm) slyšel/a | = | 1 bod |
| • Ano znám (vím) | = | 2 body |

Pro to, aby bylo možné se u daného respondenta domnívat, že konkrétní pomoc zná, musel v odpovědích, tří uvedených otázek, nasbírat nejméně 2 body. Tento výsledek reprezentovala buď jediná odpověď respondenta, že některou ze služeb zná, nebo nejméně dvě odpovědi, ve kterých uvedl, že o jednotlivých službách něco slyšel. I v případě tohoto předpokladu jsme pro názornost a přehlednost sestavili tabulku č. 3.7, která o výsledcích druhého předpokladu vypovídá.

I přes nepotvrzení předpokladu se ukázalo, že informovanost o psychologických službách v rezortu ministerstva vnitra je mezi policisty velmi nízká.

Tabulka 3.7: Výsledky předpokladu č. 2

Odpovědi na otázku č. 3	znalost		(%)
Ne, nevím	NE, nemají	8	10
Spíše nevím	NE, nemají	8	10
Spíše vím	NE, nemají	10	12,5
Ano, vím	NE, nemají	2	2,5
CELKEM		28	35
Ne, nevím	ANO, mají	2	2,5
Spíše nevím	ANO, mají	3	3,75
Spíše vím	ANO, mají	25	31,25
Ano, vím	ANO, mají	22	27,5
CELKEM		62	65

3. Předpoklad: Lze předpokládat, že více než 30% respondentů má zkušenost s výskytem posttraumatické stresové poruchy osobně nebo ve svém okolí.

Ověření předpokladu: Tento předpoklad se podařilo potvrdit. Rozborem otázek č. 2, 13 a 15 bylo zjištěno, že 51,25% respondentů (41) má zkušenost s někým ve svém okolí, kdo je nebo byl posttraumatickou stresovou poruchou postižen, nebo s někým, kdo jevil příznaky této poruchy odpovídající. Do tohoto předpokladu by měl být zahrnut i výsledek otázky č. 11, kde jsme se respondentů ptali, zda na nich situace, jimi označená v otázce č. 10, zanechala nějaké negativní následky. V této otázce odpověděli 2 policisté tvořící 2,5%, že *spíše ano* a trvalo jim dlouho, než s následky vyrovnali. 1 policista znamenající 1,25% z celkového počtu 80 odpovědí dokonce uvedl, že *ano* a že se s danou situací ještě nevyrovnal. Tyto výsledky i vzhledem k jasnému potvrzení předpokladu do něj promítnuty nebyly. Za potvrzení předpokladu jsme považovali fakt, že respondent alespoň v jedné otázce odpověděl, že se domnívá, že popisovanou osobu ve svém okolí zná. Tento klíč jsme založili na tom, že je možné se domnívat, že při položení otázky se danému respondentovi vybavila alespoň jedna osoba z jeho okolí, u které popisované obtíže pozoroval. Jelikož se nám výsledek předpokladu zdál opravdu zdrcující, tak jsme i v posledním předpokladu sáhli po sestavení klíče pro ověření jeho platnosti. Tento klíč byl jakýmsi kritičtějším a přísnějším měřítkem a jeho parametry jsou popisovány níže.

V otázce č. 2 jsme se ptali, zda mají respondenti osobní zkušenost s někým ve svém okolí (pracovním i osobním), kdo je nebo byl postižen posttraumatickou stresovou poruchou. Stejně jako na další dvě předmětné otázky existovaly tři obdobné odpovědi – *Ne, nemám (neznám)*, *Myslím, že mám (znám)*, *Ano, mám (znám)*. Přímou odpověď *ano*, že znají někoho, kdo je nebo byl posttraumatickou stresovou poruchou postižen dalo 12,5% respondentů (10). Otázky č. 13 a 15 byly postaveny na základě určitých předpokladů, které by mohly znamenat, že osoba, popisovaná v zadání otázek, by mohla být posttraumatickou stresovou poruchou opravdu postižena. Otázka č. 13 byla zaměřena pouze na pracovní prostředí a ptala se, zda respondent zná nějakého kolegu, který byl vystaven dlouhodobému stresu, nebo traumatizující události, která by na něm zanechala výrazně negativní následky trvající i několik měsíců. Na tuto odpověď odpovědělo jasným *Ano, znám*, 12,5%

respondentů (10). Otázka č. 15 byla postavena na stejném znění, jen v se lišila tím, že se ptala, zda respondent zná někoho ve svém okolí (mimo pracovního). Na tuto otázku odpovědělo jasným *Ano, znám*, 20% respondentů (16). Zmiňovaný klíč pro tvrdší ověření předpokladu byl sestaven obdobně jako u předpokladu č. 2. Byly tedy dány tři možnosti odpovědi, kdy ke každé z nich byl takto přisouzen daný počet pomyslných bodů.:

- Ne, nemám (neznám) = 0 bod
- Myslím, že mám (znám) = 1 bod
- Ano, mám (znám) = 2 body

Aby byl předpoklad z tohoto hlediska potvrzen, musely být u respondenta zaznamenány nejméně 2 body. To představovalo možnosti, kdy respondent odpoví minimálně na jednu otázku jasným *ano, mám* či *znám* a nebo v druhém případě, minimálně ve dvou otázkách odpovědi *myslím, že mám* či *znám*. Po tomto přehodnocení předpoklad potvrdilo 41,25% respondentů (33). Pro přehlednost jsme sestavili tabulku č. 3.8 s možným dosažením bodů od 1 do 6 a ke každému jsme přiřadili počet respondentů, kteří daného počtu bodů dosáhli a jejich procentuální podíl. Dle této tabulky tak lze snadno posoudit, za jakých okolností by již daný předpoklad potvrzen nebyl. Můžeme však říci, že náš druhý klíč (2 body) je posledním, při kterém by se předpoklad potvrdil. Domníváme se však, že jeho přesnost je i tak vysoká.

Tabulka 3.8: Výsledky předpokladu č. 3

Bodové rozhraní	počet respondentů	procentuální podíl
NE, nemám (neznám)	39	48,75%
minimálně 1 bod	41	51,25%
minimálně 2 body	33	41,25%
minimálně 3 body	22	27,50%
minimálně 4 body	13	16,25%
minimálně 5 bodů	4	5,00%
minimálně 6 bodů	3	3,75%

3.7 Zhodnocení praktické části

V této části textu ještě jednou shrneme výsledky, jichž jsme v průběhu praktické části dosáhli. Zhodnotíme naplnění jednotlivých předpokladů, dílčích cílů a splnění celkového cíle, tedy zmapování informovanosti policistů v oblasti problematiky posttraumatické stresové poruchy.

Praktická část se zaměřila, po cestě kvantitativního přístupu s použitím dedukce, na zobrazení realizovaného průzkumu a prezentaci jeho stanovených předpokladů. Předmětný průzkum byl zacílen do zkoumaného souboru policistů Krajského ředitelství v Liberci, na územním odboru Liberec. Prezentovaný průzkum byl proveden metodou dotazování. Jako nejvhodnější technika sběru dat byl vybrán dotazník, který ve všech ohledech plnil účel průzkumu a byl velmi vhodný i z pohledu šetření časového fondu respondentů i tazatele.

Pokud bychom začali poněkud od konce, tak můžeme konstatovat, že konečné výsledky průzkumu naplnily domněnku o skutečném stavu povědomí policistů v dané problematice. Průzkum přinesl určitě i některá překvapující zjištění. Jako příklad bychom mohli uvést tři respondenty, kteří se v otázce č. 11 otevírají a přiznávají, že prožili velmi tíživou situaci, která na nich zanechala výrazně negativní následky, se kterými se dlouho vyrovnávali. Jeden z nich pak dokonce přiznal, že se s danou situací do dnešní doby ještě vyrovnat nedokázal. Tito respondenti mají náš velký obdiv a považujeme je za hrdiny, kteří by mohli být svou otevřeností strůjci zmiňovaného boření mýtu o jakémsi „nadpolicistovi“.

K velmi znepokojujícímu zjištění jsme došli v otázce č. 5, kde se policisté vyjadřovali k tomu, jestli byli někdy s pojmem posttraumatická stresová porucha seznámeni v rámci svého působení u policie ČR. Za tristní bereme již 32,5%, jež se vyjádřilo, že je s daným okruhem nikdo v rámci policie neseznámil. Co jsme však považovali za nejhorší, byl fakt, že téměř polovina respondentů, tedy 47,5% uvedlo, že s daným pojmem bylo sice seznámeno, ale pouze za pomoci tištěných letáků nebo brožur. Zde jsme byli zděšeni, jelikož se domníváme, že během zpracovávání tohoto tématu, jsme dokázali téměř všechny dokumenty prostudovat a žádný z nich nebyl tak obsáhlý, aby dokázal policisty v dané problematice zorientovat. Asi nejkvalifikovanější a nejobsáhlejší byla publikace PhDr. Štěpána Vymětala a jeho kolegů, *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*. Tato publikace formátu A6

čítá sice téměř 80 stran, ale na těchto jsou pouze heslovitě prezentována odborná pracoviště a o problematice traumatizujících událostí, či dokonce posttraumatické stresové poruče se v ní příliš nedočteme. V případě uvedené poruchy vůbec. Na toto konto si myslíme, že aby byl policista dostatečně informován, potřebuje osobní pozornost a osobní přístup a ne jen v tištěné formě. Tuto myšlenku dále rozvíjíme v kapitole o učiněných opatřeních.

Bohužel musíme pokračovat negativy, která určitě z předešlého zjištění vycházejí. Pokud jsme se zaměřili na znalost policistů k jednotlivým psychologickým službám, tak jsme byli znovu dosti zaskočení. V případě Týmu posttraumatické intervenční péče (PIP) i anonymní telefonní linky pomoci v krizi vždy téměř polovina policistů nevěděla, o jakou službu se jedná a nikdy o ní neslyšela. V případě posttraumatického týmu to bylo ve 47,5% a v případě anonymní linky celých 45%. U třetí takto zaměřené otázky, tedy na obsah činnosti policejních psychologů, byl výsledek 27,5% uspokojivější, avšak zde musíme být střízliví, jelikož jak jsme uvedli v kapitole 2.5.2.3, v dnešní době zahrnuje obor policejního psychologů i mnoho jiných aktivit, které přímo s poskytováním psychologické pomoci nesouvisí.

S tímto jsme spojili hodnocení předpokladu č. 2, který se nám nepodařilo potvrdit. To ale spíše proto, že jsme o daném problému neinformovanosti věděli, a tak jsme k této problematice přistoupili poněkud kritičtěji. I souhrnných 35% policistů, kteří nedokázali projevit komplexní znalost psychologické pomoci, nám přijde poněkud varovných.

Z pohledu hlavního cíle práce a předpokladu č. 1, zaměřeného na základní poznatky o posttraumatické stresové poruče, jsme usoudili, že jisté povědomí u policistů existuje. Svědčí o tom výsledky otázek č. 4 a 6. V otázce č. 4 Dokázalo správně odpovědět na otázku, jak posttraumatické stresová porucha vzniká, celých 76,25%. Tito správně označili definici profesorky Vágnerové, tedy že se jedná mimo jiné o prodlouženou, nebo oddálenou reakci. Dokonce i v otázce na nejtypičtější příznak poruchy dokázalo správně odpovědět 80% policistů, kteří označili znovuprožívání. Naše nadšení však absolutně zbourala nevědomost v otázce č. 9. Policisté absolutně nejsou seznámeni s tím, jaké je kritické období pro vznik diskutované poruchy. Můžeme se tedy domnívat, že vůbec nevědí, že se projevy

prožité traumatické situace mohou objevit z latenci právě i několika měsíců. Neznají tedy jedno z hlavních rizik, které by je při postižení mohlo dosti překvapit a mohli by být velmi zaskočení tím, co se s nimi po tak dlouhé době od situace stalo. 37,5% policistů se neodvažovalo ani tipovat a označilo, že neví. 6,25% a 15% policistů označilo odpovědi, že kritickým obdobím jsou první minuty, respektive první hodiny po traumatu, a to i přes to, že valná většina z nich před tím označila, že jde o prodlouženou, nebo oddálenou reakci. Domníváme se, že v tomto ohledu by se měly znalosti policistů zlepšit, tak aby znali plné riziko své profese, spojené s touto poruchou. 31,25% policistů tedy v předpokladu č. 1 neprokázalo základní znalost této problematiky.

V jednom z dílčích cílů jsme se pokusili, za užití jedné citace amerického autora Schiraldiho, zmapovat určitý vztah policistů k traumatickým situacím a jejich nezpracování. Zde jsme chtěli zapůsobit na jakýsi „podprahový vjem“, který by naznačil, jak policisté hodnotí stav, kdy se někdo, vlivem traumatizující události, dostane až stádia posttraumatické stresové poruchy. Laborovali jsme hlavně se slovíčky normální a abnormální reakce. Za normální reakci, skutečnosti vzniku posttraumatické stresové poruchy, označilo pouze 22,5% policistů. V této otázce, kde jsem uvedli i variantu odpovědi nevím, se k této uchýlilo pouhých 10% policistů, takže jsme necítili, že by náš pokus musel být zmařen. Překvapila nás přespoloviční většina v 58,25%, která označila odpověď, že se v případě posttraumatické stresové poruchy jedná o *abnormální reakci normálních lidí na abnormální situaci*. Byli jsme tedy zaskočení tím, že si většina policistů myslela, že je nenormální, když ve vás nějaká opravdu abnormální situace vyvolá určité změny a poruchy.

Posledním dílčím cílem jsem se pokusili zmapovat, zda po přečtení úvodu dotazníku, jeho vyplněním a zjištěním vlastních nedostatků někteří policisté budou mít zájem se o tomto tématu dozvědět více. Víceméně jsme tento krok udělali také proto, abychom se ujistili, že má cenu vymýšlet a zabývat se nějakými opatřeními, která by jim v tomto pomohla. Nevíme, co bychom dělali, v případě, kdyby většina policistů odpověděla, že je toto téma nezajímá. Asi bychom navrhli opatření, které by je mohlo o důležitosti těchto poznatků přesvědčit. Naštěstí se tak nestalo a téma je naprosto nezajímavé pouze pro 7,5% policistů. 20% policistů, potvrdilo, že by se

o tématu dozvědělo velice rádo a dalších 40%, kteří řekli, že je to pro ně zajímavé téma nás utvrdilo, že tato práce bude mít nějaký smysl.

4 ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývala komplexním pojetím problematiky posttraumatické stresové poruchy. Jejím teoretickým základem byla odborná literatura erudovaných autorů, jež se promítla i do praktické části, mapující zásadní poznatky dané problematiky u policistů. Policisté České republiky Krajského ředitelství policie Libereckého kraje na územním odboru Liberec byli v této práci podrobeni dotazníkovému šetření, jehož cílem a cílem celé této práce bylo zjistit, zda oni sami mají o této problematice určité povědomí, zda mají zásadní poznatky a zda znají některé druhy pomoci při jejím postižení.

Metodou, které dopomohla k dosažení stanoveného cíle průzkumu, byla v teoretické části analýza sekundárních zdrojů a analýza interních materiálů Policie České republiky. V praktické části byla jako metoda průzkumu zvolena kvantitativní strategie sběru dat založená na dedukci a jednoduchém třídění. Data od respondentů byla získána technikou dotazníku. Respondenty průzkumu byli příslušníci Policie České republiky Krajského ředitelství Liberec na územním odboru Liberec.

Dotazník, kterým jsme mapovali zkušenosti a zjišťovali rozhled policistů v problematice posttraumatické stresové poruchy, je poměrně rozsáhlý. Snažili jsem se v něm obsáhnout hlavní oblasti problematiky posttraumatické stresové poruchy, abychom zjistili, jaké povědomí a informovanost o této problematice policisté mají.

Závěrem této práce je třeba říci, že jsme v ní dosáhli většiny zjištění, které jsme předpokládali. Některá zjištění byla nová a některá dokonce příjemně překvapující. Cíl práce se nám podařilo splnit a z tohoto jsme vyvodili i patřičná opatření, která z výsledků praktické části vzešla.

Vzhledem k rozsahu a zaměření bakalářské práce je však potřeba chápat celý průzkum pouze jako nezbytný prvotní vhled do dané problematiky posttraumatické stresové poruchy, jejíž pochopení a přijetí bude hlavně v prostředí policie České republiky ještě během na dlouhou trať.

5 NÁVRH OPATŘENÍ

V této části textu bychom se chtěli zabývat deklarovanými opatřeními, která by mohla být návrhem pro zlepšení informovanosti, základních poznatků a znalostí konkrétních druhů psychologické pomoci ve sféře posttraumatické stresové poruchy.

Návrh, který nyní budeme popisovat, vzešel v myšlence ještě dříve, než jsem s tímto průzkumem začali a než jsme vyhodnotili tristní zjištění, že 32% policistů nikdy nebylo s pojmem posttraumatická stresová porucha během působení u Policie ČR seznámeno. Zjištěním, které nás hnalo dál bylo, že když už byli policisté a s pojmem u policie seznámeni, tak to bylo pouze formou letáků, či brožur. Těchto policistů bylo celkem 47,5%. Pokud se však zamyslíme nad tím, že seznámených policistů bylo z původních 80 respondentů jen 54, tak oněch „letákových znalců“ tvoří téměř 60% (59,25...).

Opatření v této věci by bylo velmi jednoduché. Kdybychom se policistů zeptali, kolik za délku své služby prodělali školení na bezpečnost práce, určitě by ve své paměti nejméně jedno vylovili. Toto podotýkáme s humorem, protože školení na bezpečnost práce probíhají neustále a nebudeme daleko od pravdy, když budeme tvrdit, že každý policista se jich účastní nejméně jednou ročně. Takováto školení bývají v kalendářním roce často součástí alespoň jedné z měsíčních porad každého oddělení. Školení je vedeno tzv. vrchním „bezpečákem“, tedy pracovníkem, který se na předmětném územním odboru problematikou zabývá. Dokonce musíme podotknout, že školení o bezpečnosti práce probíhají i velkoplošně a celorepublikově, a to ve velkých sálech, či zasedacích místnostech. Autor byl za poslední dva roky přítomen na dvou takto koncipovaných školeních. Právě v Liberci v roce 2010 a v roce 2011 v na územní hlavního města Prahy.

Naší vizí tak je následující. Na každém územním odboru se pokusit vyčlenit alespoň jednoho psychologického pracovníka, který bude v dané problematice kompetentní a jeho prostřednictvím zařadit tuto problematiku alespoň do jedné měsíční rady každého oddělení ročně. Samozřejmě, že ve velkých městech, jako je Praha, Brno a další by těchto pracovníků muselo být více, ale také je zde jednodušší uspořádat školení velkoplošná.

Jsme si také vědomí, že takovéto zařazení nemůže pojmout proškolení všech policistů na územním odboru, ale na druhou stranu, měsíční porady bývají záležitostí povinnou a není vyloučeno, že policisté, které v průzkumu problematika nezajímala, zjistí, že vlastně udělali chybu. Zjistí, že jde opravdu o důležité poznatky pro bezpečnost jejich práce. Abychom se vrátili k problematice brožur, tak tyto bychom zavedli pouze jako dokument poskytující možnosti spojení s jednotlivými psychologickými pracovišti, nebo konkrétními interventy, jak to udělal i Vymětal a jeho kolegové (2010). Výčet těchto kontaktů jsem zařadili do přílohy č. 5.

Shrnutím říkáme, že je třeba vytvoření sítě cílených školení, které by vedl odborný a kompetentní psychologický pracovník. Tato školení by se zaměřila na osvětu problematiky posttraumatické stresové poruchy a to i s cílem na pomoc obětem. Za cíl by také měla propagaci psychologických pracovišť a ostatních intervenčních prostředků, jejichž služby jsou nejen policistům k dispozici.

Druhým opatřením, které by bylo určitě velmi vhodné, jsme pojali přímo z hlediska policejní praxe a prevence vzniku posttraumatické stresové poruchy. Ve zkratce bychom chtěli, aby intervenční týmy nefungovaly pouze jako zdroj prezenční či distanční pomoci, kdy je musí kontaktovat klient, policista, sám. Chtěli bychom, aby jejich struktura byla více zaměřená na výkon v terénu.

Na každém krajském ředitelství, kde je tým posttraumatické intervenční péče zřízen, by měli být vyčleněni alespoň dva psychologičtí pracovníci, kteří by měli na starost mimo jiné i pohyb v terénu. Pokud Čírtková (2006, s. 47) píše o tom, že se psychologická intervence doporučuje v časovém rozmezí od 24 do 72 hodin po ukončení krizové situace, nemusel by jejich výkon služby být nějak závažný a už vůbec ne nepřetržitý. V textu tento druh popisujeme jako debriefing pro jednotlivce.

Nyní bereme opatření spíše s konkrétním zaměřením na Krajské ředitelství libereckého kraje a jeho územní odbor v Liberci, protože další opatření v tomto ohledu by bylo potřeba ještě více rozpracovat.

U policie velmi dobře fungují operační střediska, která by na dané linii určitě musela také spolupracovat. Postačující by však byl i fungující systém IS Událost, tzv. „svodky“, kde by se psychologický pracovník mohl seznámit s tím, co se v jeho místní působnosti, vždy za posledních 24 hodin, odehrálo. Za určitých podmínek by mohl zde popsané situace vyhodnotit a případně zasahujícího policistu, či jeho

nadřízeného, kontaktovat. Asi bychom neslevili z nároku, že tento psychologický pracovník by měl být policistou, jež by dokázal více pochopit specifickou problematiku.

Intervence by měla probíhat spíše kolegiálním rozhovorem, který by měl zmapovat, zda by nemohla daná situace na policistovi zanechat nějaké následky. V případě dalších obtíží nabídnout svou pomoc, nebo předat kontakt na pracoviště, jejichž pomoc by mohl do budoucna využít.

Toto opatření by mohlo být jen dočasné a na setkání s tímto psychologickým pracovníkem by neměl hrát výraznou roli souhlas policisty, jak je tomu dnes. Zavedením tohoto opatření by mohlo začít docházet k boření mýtu, o „nadpolicistovi“ jak jej popsala již v textu uvedená Baštecká (2005).

Časem by se tak policisté utvrdili v tom, že psychologická pomoc není ničím, za co by se měli stydět a čeho by se měli bát. Začali by ji brát jako součást své profese. Snížilo by se tím i riziko vzniku některých poruch a celkově by se uvolnila atmosféra policejního sboru.

K onomu zmíněnému boření mýtu o *správném policistovi, který nesmí projevít slabost a pohnutí ani v situacích, které jinak každým morálním člověkem otřesou* (Baštecká, 2005, s. 252) by mohla přispět obě opatření. Z jejich uvedení a z celého textu jistě vzestává i mnoho dalších otázek k jejich obhajobě i k jejich skeptickému odvržení. Toto téma je však tak obsáhlé, že by vystačilo na mnoho dlouhých diskusí a desítky obsáhlých knih. Tato práce je tak jen malým zrnkem soli, které jsme hodili na hladinu rozbouřeného moře. Je na nás, policistech a lidech v této problematice kompetentních, aby se ze zrnka stala špetka a možná i víc, abychom mohli říci, že je moře slanější, nebo že jsme ho vlastními silami uklidnili.

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literatura:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-5 Development, 2012. *DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis* [online]. [vid. 10. 01. 2012]. Dostupné z: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- ATKINSON, Rita, L., a kol., 2003. *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
- BAŠTECKÁ, Bohumila, 2003. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.
- BAŠTECKÁ, Bohumila, a kol., 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0708-X.
- BAŠTECKÁ, Bohumila, Petr GOLDMANN, 2001. *Základy klinické psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-550-4.
- DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- Hans Selye, 2011. In: *Encyclopædia Britannica* [online]. [vid. 10. 10. 2011]. Dostupné z: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/533770/Hans-Selye>.
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, 2004. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- HOSKOVCOVÁ, Simona, 2009. *Psychosociální intervence*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1626-1.
- KPAUL Medical Supply, 2011. *A History of PTSD part 3: Freud and War Neuroses* [online]. 17. července. [cit. 30. 09. 2011]. Dostupné z: <http://ptsd.kpaulmedical.com/2011/07/freud-and-war-neuroses/>.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1994. *Jak zvládat stres*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-7169-121-6.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-584-2.
- MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY, 2003. Otázky pro: Vedoucí linky Pomoci v krizi. *Policista* [online], roč. 2003, č. 3 [vid. 20. 03. 2012]. ISSN 1211-

<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/policista/2003/03/otpro303.html>.

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. Anonymní linka pomoci v krizi. In: *Policie.cz* [online]. [vid. 14. 03. 2012]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/anonymni-linka-pomoci-v-krizi.aspx>.

NAKONEČNÝ, Milan, 1995. *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Vodnář. ISBN 80-85255-74-X.

PAVLOVSKÝ, Pavel. 2009. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2618-2.

PRAŠKO, Jan, a kol., 2003. *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-811-2.

Psychologie dnes, 2010, roč. 16, č. 5. ISSN 1212-9607.

SCHIRALDI, Glen, R., 2009. *The Post-traumatic stress disorder sourcebook*. 2. vyd. Columbus USA: The McGraw-Hill Companies. ISBN 978-0-07-161494-8.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, a kol., 2004a. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0888-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, a kol., 2004b. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0586-9.

ŠVINGALOVÁ, Dana, 2006. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-105-8.

TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes, OTT, Jürgen, 2008. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-309-3.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2010. *MKN-10* [online]. 7. října 2010 [cit. 2011-10-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2003a. *Psychopatologie pro pracovníky policie a vězeňské služby*, 1. díl. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-702-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2003b. *Psychopatologie pro pracovníky policie a vězeňské služby*, 2. díl. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-703-9.

Velký lékařský slovník [online]. [vid. 01. 10. 2011]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz>.

VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek, 1999. *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-284-X.

VODÁČKOVÁ, Daniela, aj., 2002. *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-696-9.






VYMĚTAL, Štěpán, aj., 2010. *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*. 1. vydání. Praha: Themis. ISBN 978-80-7312-065-8.

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.:

1) Leták Otevřené anonymní linky pomoci v krizi.....	i
2) Statut linky pomoci v krizi (příloha k ZPPP č. 21/2009).....	ii
3) Tištěné informace o posttraumatické intervenční péči PČR (PIP).....	iv
4) Titulní strana brožury: Možnosti psychologické podpory v Policii ČR.....	vi
5) Důležité kontakty psychologické péče Policie ČR.....	vii
6) Anonymní dotazník.....	xv

Příloha č. 1: Leták Otevřené anonymní linky pomoci v krizi

NONSTOP OTEVŘENÁ ANONYMNÍ LINKA POMOCI V KRIZI		NONSTOP	
<p>VOLEJTE, KDYŽ:</p> <ul style="list-style-type: none">– jste ztratili blízkou osobu, kolegyni nebo kolegu– máte rodinné či partnerské problémy– jste použili služební zbraň– máte nezvyklé fyzické příznaky neumožňující plné nasazení– máte problémy v zaměstnání, s nadřízeným nebo kolegy– vás sužují jiné nepříjemnosti či těžkosti, které vám dlouhodobě ztrpčují život <p>LINKA POMOCI V KRIZI NABÍZÍ:</p> <ul style="list-style-type: none">– ANONYMITU– povinnost mlčenlivosti– emocionální podporu– vyslechnutí a porozumění– zprostředkování kontaktů <div data-bbox="331 1742 735 1906"></div>	974 834 688 • skype: linkapomoci • 991 834 688 ZABRAŇTE KRIZI, ABY VÁS OVLÁDLA		<p>OTEVŘENÁ ANONYMNÍ LINKA POMOCI V KRIZI:</p> <ul style="list-style-type: none">● POLICISTŮM● VOJÁKŮM● HASIČŮM● ZAMĚŠTNANCŮM REZORTŮ MV A MO● JEJICH RODINÁM A BLÍZKÝM <p>e-mail pomoc.ski@mvcv.cz</p> <p>telefon MV: 974 834 688</p> <p>skype: linkapomoci</p> <p>telefon MO: 991 834 688</p>

Statut linky pomoci v krizi

1. Organizační režim linky pomoci v krizi

- 1.1. provoz linky pomoci v krizi je nepřetržitý (24 hodin), včetně sobot, nedělí a svátků,
- 1.2. pracovníci skupiny krizové intervence zabezpečují výkon služby na lince pomoci v krizi v souladu se zpracovaným a schváleným plánem služeb.

2. Práce s klientem na lince pomoci v krizi

pracovník skupiny krizové intervence

- 2.1. klientovi aktivně naslouchá, hovoří s ním a neomezuje ho v jeho svobodě vyjadřování,
- 2.2. poskytuje klientovi podporu a zplnomocnění k řešení vlastních problémů a snášení starostí,
- 2.3. informuje též o možnostech následné péče, případně ji se souhlasem klienta zprostředkovává.

3. Povinnosti a práva pracovníka skupiny krizové intervence

pracovník skupiny krizové intervence

- 3.1. při výkonu služby na lince pomoci v krizi zůstává vůči klientovi v anonymitě,
- 3.2. zachovává mlčenlivost o svém působení a činnosti související s plněním úkolů na lince pomoci v krizi,
- 3.3. respektuje anonymitu klienta a ostatních pracovníků skupiny krizové intervence,
- 3.4. na klienta nesmí vykonávat jakýkoli nátlak, který se týká přesvědčení, náboženství, rasy, politiky nebo ideologie,
- 3.5. v průběhu služby na lince pomoci v krizi se nesmí zabývat činnostmi, které ho od činnosti na lince pomoci v krizi odvádějí,
- 3.6. nesmí používat linku pomoci v krizi k uspokojování svých potřeb,
- 3.7. se řídí pravidly, znalostmi a dovednostmi získanými akreditovaným výcvikem organizovaným Českou asociací pracovníků linek důvěry, kterým je povinen projít před započetím služby na lince pomoci v krizi,
- 3.8. propaguje linku pomoci v krizi a další psychologické služby (např. prostřednictvím seminářů, anket, prezentací na webových stránkách, tiskových materiálů),
- 3.9. má po celou dobu služby na lince pomoci v krizi možnost využít
 - 3.9.1. podpory ostatních pracovníků skupiny krizové intervence,
 - 3.9.2. spolupráce a součinnosti s psychology policie a psychologickým pracovištěm Ministerstva, a Českou asociací pracovníků linek důvěry, jejíž je linka pomoci v krizi členem a která zajišťuje supervizi.

4. Povinnosti vedoucího skupiny krizové intervence

vedoucí skupiny krizové intervence

- 4.1. odpovídá za dodržování statutu linky pomoci v krizi,
- 4.2. odpovídá za součinnost pracovníků skupiny krizové intervence s psychology policie České republiky, psychology a týmy posttraumatické péče Hasičského záchranného sboru a s psychologickým pracovištěm Ministerstva,
- 4.3. je oprávněn v případě potřeby pro zajištění služeb linky pomoci v krizi požádat o spolupráci prostřednictvím příslušného služebního funkcionáře vyškoleného pracovníka, který splňuje kvalifikační předpoklady pro výkon služby na lince pomoci v krizi,
- 4.4. s týdenním předstihem zpracovává plán služeb pracovníků skupiny krizové intervence na příslušný kalendářní měsíc, a to nejméně v osmihodinových směnách; plán služeb a jeho změny schvaluje vedoucí oddělení vedoucího psychologa.“.

Čl. II Účinnost

Tento závazný pokyn nabývá účinnosti dnem svého vydání.

Č. j. PPR-7860-1/ČJ-2010-0099OP-OM

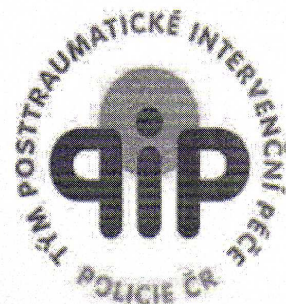
Zpracovatel: ředitelství pro řízení lidských zdrojů
Policejního prezidia České republiky

Policejní prezident
genmjr. Mgr. Oldřich MARTINŮ v. r.

Příloha č. 3: Tištěné informace o posttraumatické intervenční péči PČR (PIP)

POSTTRAUMATICKÁ INTERVENČNÍ PÉČE

Práce u policie je náročná a člověk se při ní střetává s mnohými těžkými situacemi. Ty pak mohou negativně ovlivňovat nejen člověka samotného a s ním pracovní výkon, ale také jeho okolí. Práce u policie vyžaduje značné nasazení, velkou dávku energie, nadšení a času.



Mezi **zvláště zátěžové situace v rámci policejní služby** patří například: ohrožení vlastního života nebo zdraví, ohrožení života kolegů, použití střelné zbraně, pohled na případy kruté smrti a vážná zranění, sebevražda, hromadné neštěstí a jiné mimořádné události, úmrtí dítěte, sdělování úmrtí nebo situace, kdy jsme svědkem bezmocnosti obětí trestných činů. Dále pak **situace v životě policisty, jimiž mohou být:** úmrtí v rodině, partnerský nesoulad, rozvod, nemoc, závislost na alkoholu, problémy s hracími automaty, mobbing nebo jiné problémy v pracovních vztazích apod.

Přestože bývají policisté psychicky odolnější než ostatní populace, výrazně zátěžovým situacím jsou vystaveni mnohem častěji. **Různé reakce na nadlimitní zátěž jsou naprosto normální lidskou odpovědí na nenormální situace.**

Dopad mimořádné zátěže na psychiku člověka se může projevit např. podrážděností, vztekem, úzkostí, depresí, pocity bezmocnosti, nejistoty, viny či studu, snížením schopnosti prožívat pozitivní emoce, problémy se spánkem, ztrátou životní spokojenosti apod. Někdy se extrémní nebo dlouhodobá psychická zátěž projevuje **zdravotními problémy** (kardiovaskulární potíže, bolesti hlavy, bolesti zad, zažívací problémy apod.).

Policista má ze zákona nárok na psychologickou péči v průběhu služby. Jednou z možností je využít služeb týmu **posttraumatické intervenční péče**. Policista či zaměstnanec policie může také využít **služeb Psychologického pracoviště KRP**, nebo zavolat na **Anonymní telefonní linku pomoci v krizi** (tel. 974 834 688).

V rámci Policie ČR se poskytovaná psychologická péče týká primárně příslušníků a zaměstnanců policie, dále ale také členů jejich rodiny a blízkých. Někdy jen svěřit se někomu nepomůže. Je třeba uskutečnit dílčí kroky nebo změny v životě. Několik takových rad a nápadů lze najít u členů PIP. Mohou také člověku doporučit nějakého odborníka specializujícího se na podobné situace. Je to jiné, než mluvit o problémech s přáteli u skleničky. Odbornější pohled může nabídnout objektivnější názor. A navíc je pravdou, že ne se vším se člověk chce svěřovat svým známým.

LEGISLATIVNÍ RÁMEC

Posttraumatická intervenční péče (včetně postupu pro její vyžádání) je upravena **závazným pokynem policejního prezidenta č. 79/2010**. Členové týmu PIP jsou jmenováni **rozkazem ředitele krajského ředitelství policie hl. m. Prahy č. 109/2010**.

JAK VYUŽÍT SLUŽEB TÝMU PIP

Kontakt na člena týmu PIP je možné získat na intranetu, z brožurek, nebo od operačních pracovníků. Také je kontakt možné získat od pracovníků anonymní linky pomoci v krizi. Každý si může konkrétního člena týmu vybrat podle svého uvážení. Někdy může setkání navrhnout i kolega. Stačí zatelefonovat a domluvit individuální setkání, a to buď cestou koordinátora nebo přímým výběrem konkrétního člena týmu PIP.

SKUPINOVÉ SETKÁNÍ

V určitých situacích jako je např. zásah u hromadného neštěstí nebo silně zátěžová událost v pracovním kolektivu, lze uspořádat skupinové setkání. To probíhá za účasti alespoň dvou interventů z týmu PIP a skupiny lidí, jichž se daná situace dotkla. Jejich účast je dobrovolná.

DISKRÉTNOST

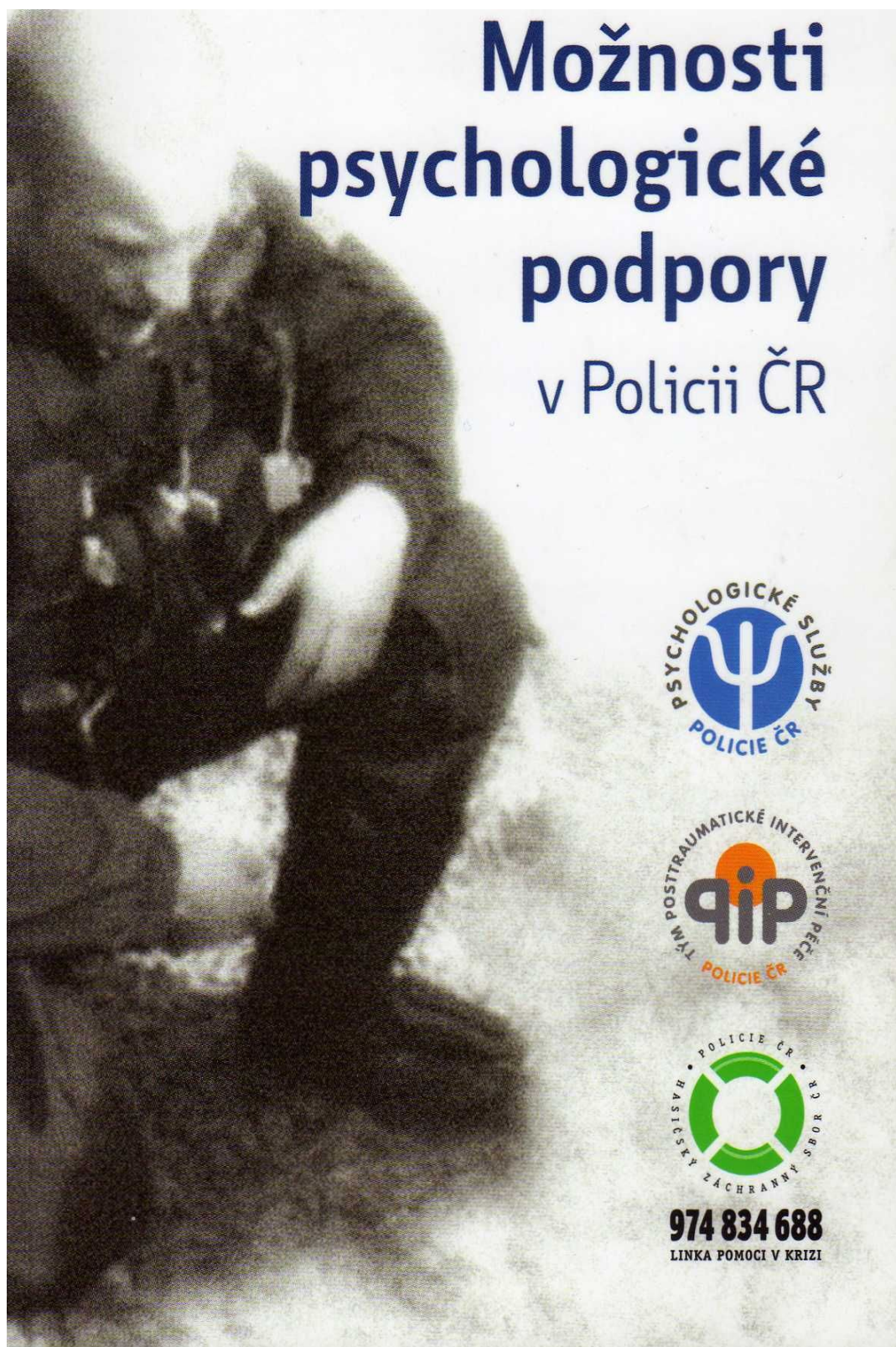
To, co člen týmu PIP uslyší, je u něj v bezpečí. Nikdo jiný se to nedozví. V případě kontaktu nemusíte nezbytně uvádět celé jméno nebo zařazení.

PIP V RÁMCI PSYCHOLOGICKÝCH SLUŽEB

Tým posttraumatické intervenční péče s týmem pro oběti trestných činů a stálým týmem krizového vyjednávání plní v rámci Policie ČR významnou roli při pomoci nejen pracovníkům policie, ale i občanům, kteří se na policii s žádostí o pomoc obrátí. Pro policisty, kteří se zabývají koordinační činností (např. operační důstojníky či policisty v pozici dozorčí služby) je mnohdy obtížné vyznat se v činnostech těchto nabízených služeb. Proto byl vytvořen přehledný rozcestník, který vám umožní orientaci v možnostech jejich zaměření, na základě vyjmenovaných situací. Vedle toho zde najdete jména koordinátorů výše uvedených týmů a jejich mobilní telefonní čísla.

Příloha č. 4: Titulní strana brožury:

Možnosti psychologické podpory v Policii ČR



Příloha č. 5: Důležité kontakty psychologické péče Policie ČR

Linka pomoci v krizi
974 834 688 (non stop)

Koordinátoři posttraumatických intervenčních týmů Policie ČR

Policejní prezidium České republiky

mjr. Mgr. MALÍKOVÁ Jana, vedoucí skupiny krizové intervence
MT: 721 425 242, l.: 834 847

Krajské ředitelství policie hlavního města Prahy

kpt. Mgr. ZBOŘILOVÁ Klára, PhD.,
psycholog SPJ
MT: 731 553 385, l.: 827 426

Krajské ředitelství policie Středočeského kraje

kpt. Mgr. VOKURKA Jan,
psycholog
MT: 724 210 547

Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

PhDr. CHALUPOVÁ Regina,
psycholog
MT: 724 836 369, l.: 224 201

Důležité kontakty
Linka pomoci v krizi
974 834 688 (non stop)

Krajské ředitelství policie Plzeňského kraje

kpt. Mgr. ŠTEMBEROVÁ Martina,
vrchní komisař
MT: 725 536 261, l.: 322 258

Krajské ředitelství policie Karlovarského kraje

Mgr. SOKOL František,
psycholog
MT: 721 713 945, l.: 376 233

Krajské ředitelství policie Ústeckého kraje

PhDr. KOVÁŘÍK Josef,
psycholog
MT: 724 055 920, l.: 421 760

Krajské ředitelství policie Libereckého kraje

kpt. Ing. Bc. MALÁ Irena,
vrchní komisař OVK
MT: 725 809 664, l.: 462 201

Krajské ředitelství policie Královéhradeckého kraje

kpt. PhDr. HUBERT Jan,
psycholog
MT: 724 245 759, l.: 522 238

Krajské ředitelství policie Pardubického kraje

kpt. PhDr. VLÁŠKOVÁ Lenka,

psycholog

MT: 725 014 559, l.: 561 401

Krajské ředitelství policie kraje Vysočina

kpt. PhDr. POKORNÝ Jan,

psycholog

MT: 725 375 068, l.: 261 491

Krajské ředitelství policie Jihomoravského kraje

Mgr. JURÁSKOVÁ Jitka,

psycholog, VPŠ MV Brno

MT: 720 423 417, l.: 627 432

Krajské ředitelství policie Zlínského kraje

kpt. PhDr. STRÁNSKÝ Pavel B.,

vrchní komisař SKPV

MT: 725 611 528, l.: 661 326

Krajské ředitelství policie Olomouckého kraje

npor. PhDr. Bc. ŠTĚPÁNEK David,

vedoucí DI Přerov

MT: 777 859 517, l.: 778 250

Krajské ředitelství policie Moravskoslezského kraje

kpt. Mgr. Bc. KOZÁK Milan,

vrchní komisař SKPV

MT: 721 292 880, l.: 721 311

Metodické řízení systému PIP

plk. Mgr. VOSKA Vladimír,

vedoucí psycholog PČR

MT: 731 699 938, l.: 834 322

Odpovědnost za koncepci PIP a vzdělávání interventů

PhDr. VYMĚTAL Štěpán, psycholog
vedoucí psychologického pracoviště MV
MT: 603 190 193, l.: 832 385

Psychologická pracoviště Policie ČR

Policejní prezidium České republiky

Oddělení vedoucího psychologa

plk. Mgr. VOSKA Vladimír,
vedoucí psycholog PČR
MT: 731 699 938, l.: 834 322

Oddělení psychologických služeb PP

Mgr. ZELENKA Michal,
psycholog
MT: 725 190 389, l.: 843 915

Krajské ředitelství policie hlavního města Prahy

Mgr. FRANCOVÁ Jana,
psycholog
l.: 822 713, 822 705

Krajské ředitelství policie Středočeského kraje

kpt. PhDr. ŠORELOVÁ NEZBEDOVÁ Tereza,
psycholog,
MT: 725 895 046, l.: 861 709

Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

PhDr. CHALUPOVÁ Regina,
psycholog
l: 224 201

Krajské ředitelství policie Plzeňského kraje

kpt. PhDr. VAVŘÍKOVÁ Markéta,

psycholog

I: 322 659

Krajské ředitelství policie Karlovarského kraje

Mgr. SOKOL František,

psycholog

I: 376 233

Krajské ředitelství policie Ústeckého kraje

PhDr. KOVÁŘÍK Josef, psycholog

I: 421 760

Krajské ředitelství policie Libereckého kraje

Mgr. JALOVEGOVÁ Jana,

psycholog

I.: 461 408

Krajské ředitelství policie Královéhradeckého kraje

kpt. PhDr. HUBERT Jan,

psycholog

I: 522 238

Krajské ředitelství policie Pardubického kraje

kpt. PhDr. VLÁŠKOVÁ Lenka,

psycholog

I: 561 401

Krajské ředitelství policie kraje Vysočina

kpt. PhDr. POKORNÝ Jan,

psycholog

MT: 725 375 068, l.: 261 491

Krajské ředitelství policie Jihomoravského kraje

kpt. Mgr. ŽBÁNKOVÁ Vladimíra,

psycholog

MT: 725 087 327, l.: 622 962

Krajské ředitelství policie Zlínského kraje

PhDr. VALOVÁ Kamila,

psycholog

l: 661 470

Krajské ředitelství policie Olomouckého kraje

PhDr. STRÍŽOVÁ Renata,

psycholog

MT: 728 143 148, l.: 767 671

Krajské ředitelství policie Moravskoslezského kraje

Mgr. SMUTKOVÁ Ludmila,

psycholog

l: 721 406

NADACE POLICISTŮ A HASIČŮ

Ministerstvo vnitra

Nad Štolou 3, 170 34 Praha 7

Telefon: 974 824 030, 603 191 478

e-mail: nadace@mvr.cz

web: www.nadacepah.cz

Číslo účtu: 175787001 / 0300

- usiluje o zlepšení životních podmínek dětí z rodin policistů a hasičů, kteří zemřeli při výkonu služby
- podporuje policisty a hasiče, kteří byli těžce postiženi

v důsledku zranění, které souviselo s výkonem služby

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV – OMBUDSMAN

Údolní 39, 602 00 Brno

Telefon: 542 542 111

542 542 888 – telefonická informační linka

Stížnost je možné podat i na:

e-mail: podatelna@ochrance.cz

web: www.ochrance.cz

- zaměřuje se na ochranu osob před jednáním úřadů a státních orgánů

Ostatní

ASOCIACE OBČANSKÝCH PORADEN

Tachovské náměstí 3, 130 00 Praha 3

Telefon: 222 780 599, 774 529 966

e-mail: aop@obcanske-poradny.cz

web: www.obcanske-poradny.cz

- poskytuje informace o všech občanských poradnách, které jsou k dispozici v rámci regionů ČR

BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ

U Trojice 2, 150 00 Praha 5

Telefon: 257 317 110 (pro oběti trestných činů, NONSTOP)

251 511 313 non stop linka DONA

(pro oběti domácího násilí)

web: www.bkb.cz

ČESKÉ SDRUŽENÍ OBĚTÍ DOPRAVNÍCH NEHOD

Počátecká 2/1020, 140 00 Praha 4

Telefon: 222 363 535, 225 131 945, 737 859 819

e-mail: csodn-poradna@centrum.cz

web: www.csodn.cz

- poskytuje poradenství a pomoc jak morální, tak sociálně-právní

Skupina krizové intervence PČR

(pomoc PČR obětem trestných činů

a mimořádných událostí)

974 834 788 (non stop)

Příloha č. 6: Anonymní dotazník

Vážený kolego, kolegyně,

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto **anonymního** dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Posttraumatická stresová porucha“, se zaměřením na zkušenosti, znalosti a informovanost o této poruše, která je jedním z velkých rizik Vaší práce. Bakalářská práce je zpracovávána na katedře sociálních studií a speciální pedagogiky, fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické, Technické univerzity v Liberci. Dotazník bude použit pouze ke studijním účelům.

Je možné, že se vám některé otázky v dotazníku budou zdát příliš osobní, přesto prosím, aby vaše vyjádření byla otevřená a přesná, aby i výsledek této práce byl co nejpřesnější.

Ve všech otázkách naleznete u odpovědí tmavá pole ve tvaru čtverce, která slouží pro označení správné nebo vám nejbližší odpovědi. Pokud odpověď budete považovat za správnou, nebo nejvíce pravdivou, tmavé pole označte křížkem „x“. V některých otázkách budete mít možnost označit odpověď „hádal/a bych“, pokud si zde nebudete opravdu jistí, nebojte se ji označit. V uzavřené otázce můžete také narazit na otázku doplňující (*jak?, které? ...*). Zde máte k dispozici několik řádků, pro stručnou a co nejpřesnější odpověď. K otázkám přistupujte prosím co nejzodpovědněji, vypisujte je chronologicky a k žádné se již nevracejte.

Za Váš čas, strávený při vyplňování dotazníku, předem děkuji.

Pohlaví	<input type="checkbox"/> Muž	<input type="checkbox"/> Žena				
Věk (let)	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> 41-50	<input type="checkbox"/> 51 a více		
Služební zařazení	<input type="checkbox"/> OOP		<input type="checkbox"/> OHS	<input type="checkbox"/> DI	<input type="checkbox"/> SKPaV	<input type="checkbox"/> jiné
Délka služebního poměru u PČR (let)	<input type="checkbox"/> 0-2		<input type="checkbox"/> 3-10	<input type="checkbox"/> 11-20	<input type="checkbox"/> 21 a více	

Otázka č. 1

Víte co je posttraumatická stresová porucha?

- ☐ Ne, nevím
- ☐ Spíše nevím
- ☐ Spíše vím, ale nedokážu ji přesně popsat
- ☐ Víم, dokážu ji dobře popsat a uvést i její příčiny a příznaky

Otázka č. 2

Máte osobní zkušenost s někým ve svém okolí (pracovním i osobním), kdo je, nebo byl postižen posttraumatickou stresovou poruchou?

- ☐ Ne, nemám
- ☐ Myslím, že mám
- ☐ Ano, mám

Otázka č. 3

Víte, kde je možné hledat konkrétní, odbornou a specializovanou pomoc, při přetrvávajících následcích stresové nebo traumatické události?

- ☐ Nevím
- ☐ Spíše nevím
- ☐ Spíše víم
- ☐ Ano, víم

Otázka č. 4

Jak podle vás posttraumatická stresová porucha vzniká

- ☐ Posttraumatická stresová porucha vzniká jako oddálená nebo prodloužená reakce na traumatizující zážitek.
- ☐ Posttraumatická stresová porucha vzniká jako bezprostřední a akutní reakce na traumatizující zážitek
- ☐ Posttraumatická stresová porucha vzniká jako abnormální úleková reakce na traumatizující zážitek
- ☐ Nevím, hádal/a bych

Otázka č. 5

Byl/a jste někdy s pojmem posttraumatická stresová porucha, během svého působení u Policie ČR, seznámen/a?

- ☐ Ne, nikdy mě v rámci policie s tímto pojmem nikdo neseznámil
- ☐ Ano, avšak jen v tištěné formě letáku či brožury, kterou jsem si prostudoval/a
- ☐ Ano, byl/a jsem s pojmem seznámen/a kompetentním odborným pracovníkem policie.
- ☐ Ano, byl/a jsem seznámen/a jinak: (jak?) _____

Otázka č. 6

Čím je podle vás posttraumatická stresová porucha nejvíce typická

- ☐ Zapomínáním (amnésií)
- ☐ Znovuprožíváním
- ☐ Sebevražednými sklony
- ☐ Neschopností přemýšlet o minulosti
- ☐ Nevím, hádal/a bych

Otázka č. 7

Byl/a jste někdy s pojmem posttraumatická stresová porucha seznámen/a mimo působnost Policie ČR?

- ☐ Ne, nikdy jsem mimo působnost policie s tímto pojmem seznámen/a ani proškolen/a nebyl/a
- ☐ Ano, při studiu na střední škole (které) _____
- ☐ Ano, při studiu na vysoké škole (které) _____
- ☐ Ano, jinak (jak?) _____

Otázka č. 8

Znáte služby a obsah činnosti policejních psychologů?

- ☐ Ne, neznám
- ☐ Něco jsem o nich slyšel/a
- ☐ Ano, znám

Otázka č. 9

Jaké je podle vás kritické období pro vznik posttraumatické stresové poruchy po prožitém traumatu?

- ☐ První minuty po traumatu
- ☐ První hodiny po traumatu
- ☐ První dva týdny po traumatu
- ☐ První tři měsíce po traumatu
- ☐ Nevím, hádal/a bych

Otázka č. 10

Níže je uvedeno několik situací, kterými jste během své služby mohli již projít. Označte jednu, pro vás nejtíživější, kterou jste sám zažil.

- ☐ Sám/a jsem byl/a v ohrožení vlastního života nebo zdraví
- ☐ Byl/a jsem svědkem, kdy byl kolega v ohrožení života
- ☐ Použil/a jsem při služebním zákroku střelné zbraně
- ☐ Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu kruté smrti
- ☐ Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování vážného zranění
- ☐ Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu sebevraždy
- ☐ Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu hromadného neštěstí
- ☐ Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu úmrtí dítěte
- ☐ Musel/a jsem sdělit zprávu o úmrtí
- ☐ Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu bezmocnosti oběti trestného činu
- ☐ Byl/a jsem přítomen/a vyšetřování případu jiné bezmocnosti oběti
- ☐ Žádnou ze situací jsem nikdy neprožil/a

Otázka č. 11

Zanechala ve vás tato situace nějaké negativní následky?

- ☐ Ne (označte, i pokud jste žádnou předchozí situaci neprožil/a)
- ☐ Spíše ne (trvalo mi pár dní, než jsem se s tím vyrovnal/a)
- ☐ Spíše ano (trvalo dlouho, než jsem se s tím vyrovnal/a)
- ☐ Ano (ještě jsem se s tím nevyrovnal/a)

Otázka č. 12

Znáte anonymní telefonní linku pomoci v krizi?

- ☐ Ne, neznám
- ☐ Něco jsem o ní slyšel/a
- ☐ Ano, znám

Otázka č. 13

Znáte nějakého kolegu, který byl vystaven dlouhodobému stresu, nebo traumatizující události, která by na něm zanechala výrazně negativní následky trvající i několik měsíců?

- ☐ Ne, neznám
- ☐ Myslím, že znám
- ☐ Ano, znám

Otázka č. 14

Víte co je to tým Posttraumatické intervenční péče (PIP)?

- ☐ Ne, nevím
- ☐ Něco jsem o něm slyšel
- ☐ Ano, vím

Otázka č. 15

Znáte někoho ve svém okolí (mimo pracovního), kdo by byl vystaven dlouhodobému stresu, nebo traumatizující události, která by na něm zanechala výrazně negativní následky trvající i několik měsíců?

- ☐ Ne, neznám
- ☐ Myslím, že znám
- ☐ Ano, znám

Otázka č. 16

Které z tvrzení podle vás nejvíce vystihuje posttraumatickou stresovou poruchu

- ☐ Jde o abnormální reakci normálních lidí na normální situaci
- ☐ Jde o normální reakci normálních lidí na abnormální situaci
- ☐ Jde o abnormální reakci normálních lidí na abnormální situaci
- ☐ Nevím, hádal/a bych

Otázka č. 17

Chtěl/a byste o tématu posttraumatické stresové poruchy vědět více?

- ☐ Ano a rád/a
- ☐ Spíše ano, je to zajímavé téma
- ☐ Spíše ne, moc mě to nezajímá
- ☐ Ne, nezajímá mě to